

Universitätsspital Zürich
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Direktor: Prof. Dr. med. E. Battegay

Arbeit unter Leitung von PD Dr. med. D. Keller Lang

Prävalenz psychiatrischer Diagnosen/Komorbidität von ambulant-medizinisch betreuten Patienten

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von
Stephan Josef Himmelberger
von Herisau AR

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. E. Battegay
Zürich 2012

Inhaltsverzeichnis

Seite

1.	Zusammenfassung	3
2.	Einleitung	5
3.	Methodik	7
4.	Resultate	9
4.1.	Gesamtes Patientenkollektiv	9
4.1.1.	Allgemeine Charakteristika	9
4.1.2.	Soziokulturelle Aspekte	11
4.1.3.	Medizinische Parameter	13
4.1.3.1.	Anzahl Diagnosen/Probleme	13
4.1.3.2.	Prävalenz psychiatrischer Diagnosen	14
4.1.3.3.	Arzneimittelverordnung	15
4.1.3.3.1.	Allgemeine Medikation	15
4.1.3.3.2.	Psychopharmaka Therapie	16
4.1.3.4.	Psychiatrische Betreuung	16
4.1.4.	Weitere Parameter	17
4.1.4.1.	‘Fatigue’	17
4.1.4.2.	‘Worried about health’	18
4.1.4.3.	‘Hidden agenda’	18
4.1.4.4.	‘Malcompliance’	19
4.1.4.5.	Überziehen der Sprechstundenzeiten	20
4.1.4.6.	Arzt – Patient – Beziehung	21
4.2.	Patienten mit psychischer Komorbidität	21
4.2.1.	Allgemeine Charakteristika	22
4.2.2.	Soziokulturelle Aspekte	24
4.2.3.	Medizinische Parameter	27
4.2.3.1.	Anzahl Diagnosen/Probleme	27
4.2.3.2.	Verteilung der psychiatrischen Diagnosen	28
4.2.3.3.	Arzneimittelverordnung	29
4.2.3.3.1.	Allgemeine Medikation	29
4.2.3.3.2.	Psychopharmaka Therapie	30
4.2.3.4.	Psychiatrische Betreuung	30
4.2.4.	Weitere Parameter	31
4.2.4.1.	‘Fatigue’	31
4.2.4.2.	‘Worried about health’	32
4.2.4.3.	‘Hidden agenda’	32
4.2.4.4.	‘Malcompliance’	32
4.2.4.5.	Überziehen der Sprechstundenzeiten	33
4.2.4.6.	Arzt – Patient – Beziehung	33
5.	Diskussion	35
5.1.	Relationen von allgemeinen Charakteristika zu psychischer Komorbidität	35
5.2.	Soziokulturelle Parameter und Relationen zu psychischer Komorbidität	35
5.3.	Relevanz der medizinischen Parameter	38
5.4.	Psychische Komorbidität in Kombination mit weiteren Parametern	42
6.	Konklusion	46
7.	Limitation	48
8.	Literaturverzeichnis	49
9.	Danksagungen	51
10.	Curriculum Vitae	52

1. Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung. Eine erste Motivation für diese Arbeit entsprang dem Interesse an den bio-psycho-sozialen Zusammenhängen bei den eigenen Patienten auf der medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich. Auch das bei dieser Assistenzstelle nunmehr plötzlich verstärkte Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit im Umgang mit verschiedenen Patienten und deren Problemen motivierten mich, die vorliegende Erhebung durchzuführen. Bestärkt durch Aussagen meiner Mitassistenten, welche die Patienten der medizinischen Poliklinik grösstenteils als ‚schwierig‘ beschrieben und fast ausnahmslos ‚allen‘ eine psychische Erkrankung attestierten, war es dabei mein Ziel, genauer zu untersuchen, wie häufig eine psychische Komorbidität beim ‚hiesigen‘ Patientengut tatsächlich nachzuweisen ist bzw. bei demselben nach der Prävalenz einer psychischen Erkrankung zu fragen. Dabei wollte ich möglichst auch die unterschiedlichen psychosozialen Gegebenheiten berücksichtigen, um so allenfalls auf Prädiktoren oder Zusammenhänge bezüglich psychischer Komorbidität zu stossen. Existieren zum Beispiel neben rein medizinischen auch soziokulturelle oder andere, zu bestimmende Parameter, mit welchen sich eine Verbindung zu psychiatrischen Diagnosen herstellen lassen?

Vorgehensweise. Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit um eine retrospektive Krankengeschichten-Analyse mit anonymisierten Daten von 192 durch den Verfasser betreute Patienten, welche in einem Zeitraum von Januar 2010 bis Dezember 2010 mindestens zwei Konsultationen durch den Verfasser an der medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich erhielten. Anhand der Eintragungen in der Krankengeschichte wurden dabei die allgemeinen Charakteristika der betreuten Patienten, der soziokulturelle Hintergrund, medizinische Eckdaten wie Anzahl der Diagnosen, Vorliegen einer psychischen Erkrankung, Medikation oder die psychiatrische Betreuungssituation untersucht. Zur Analyse wurden weitere Parameter wie ‚Fatigue‘, ‚worried about health‘, ‚Malcompliance‘, ‚Hidden agenda‘, überzogene Sprechstundenzeiten und auch die subjektive Einschätzung des Patienten durch den Arzt (Verfasser) beigezogen.

Resultate. Von den 192 Patienten wiesen 37.5% eine psychiatrische Diagnose auf. Mehr als jeder dritte Patient litt somit an einer psychischen Erkrankung. Über die Hälfte (51%) aller untersuchten Personen verfügten über einen Migrationshintergrund. Siebenundzwanzig Prozent hatten ein nennenswertes soziales Problem. Zudem zeigte sich bei einem Grossteil mehr als ein Problem oder eine Diagnose; eine Polypharmazie war bei 16% der Patienten nachzuweisen. Siebenundvierzig Prozent der Patienten beklagten eine Müdigkeit ohne somatischen Grund, 73% waren besorgt um ihren Gesundheitszustand und 35% der Patienten waren ‚malcompliant‘. Ein vorerst verborgen gehaltenes Motiv als Konsultationsgrund konnte lediglich bei 5% der untersuchten Kranken aufgedeckt werden. Dreissig Prozent überzogen

regelmässig die vorgesehene Sprechstundenzeit und bei 2/3 aller behandelten Patienten wurde die Betreuungssituation vom Arzt als schwierig eingestuft.

Die Patienten mit psychischer Komorbidität waren häufiger Frauen, ledig und alleinstehend und die Anteile an IV-Rentnern sowie Arbeitslosen waren erhöht. Sie waren zugleich etwas jünger als das Gesamtkollektiv, benötigten häufiger Konsultationen und hatten in 49% der Fälle ein soziales Problem. Sie verfügten insgesamt über mehr Diagnosen und Probleme, nahmen mehr Medikamente ein und waren während des Beobachtungszeitraums in 51% der Fälle ohne fachärztliche psychiatrische Begleitung. Zudem litten sie zu einem noch höheren Anteil als das gesamte Patientengut an ‚Fatigue‘ ohne somatische Erklärung (68%), waren zusätzlich weniger ‚compliant‘ (59%) und konnten in 54% der Fälle nicht in den vorgegebenen Sprechstundenzeiten behandelt werden. Die Betreuung der Patienten mit einer psychischen Erkrankung wurde in 96% der Fälle vom Verfasser als problematisch eingeschätzt.

Bei den psychiatrischen Diagnosen lag die Zahl der somatoformen-neurotischen Störungen vor denen der affektiven und diese wiederum vor den Störungen durch psychotrope Substanzen. Die Antidepressiva machten den grössten Anteil an den verschriebenen Psychopharmaka aus, gefolgt von Tranquilizer/Beruhigungsmitteln und an dritter Stelle den Neuroleptika. Ein Zusammenhang zwischen Migration, ethnischer Herkunft oder Deutschkenntnissen und dem vermehrten Vorliegen psychiatrischer Diagnosen konnte in diesem Patientengut nicht gefunden werden.

Diskussion. Es zeigte sich, dass die Problemstellungen bei Patienten der medizinischen Poliklinik oft einen psychosozialen Hintergrund haben. Ein übermässig hoher Anteil an Patienten mit psychischen Störungen konnte retrospektiv untersucht, jedoch nicht gefunden werden. Die Verallgemeinerung, dass die Patienten an der medizinischen Poliklinik oft psychische Störungen haben, ist demnach unkorrekt und entspringt wahrscheinlich einer undifferenzierten Sichtweise von Assistenzärzten mit insgesamt zu wenig klinischer Erfahrung im Umgang mit psychosozialen Problemen. Neben den Patienten mit psychischer Diagnose/Komorbidität stellten auch die übrigen Patienten und deren Charakteristika wie beispielsweise soziale Probleme, ‚Fatigue‘ ohne somatische Erklärung oder ‚Malcompliance‘ an den behandelnden Arzt erhöhte Anforderungen. Das führt dazu, dass ein grosser Teil (48%) dieser Patienten als ‚schwierige Patienten‘ eingestuft wurden. Da die letzte Einschätzung aber immer subjektiv war und die Studie nur retrospektiv und ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurde, bedarf es zur Bestätigung dieser These weiterer und prospektiv angelegter Untersuchungen mit dem Patientengut der medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich. Aufgrund der Resultate der vorliegenden Studie scheint aber eine entsprechende Sensibilisierung der Assistenzärzte auf der medizinischen Poliklinik bezüglich Mechanismen innerhalb der Arzt – Patienten – Beziehung und /oder eine spezifische Weiterbildung im Umgang mit psychischer Komorbidität wünschenswert.

2. Einleitung

Im Rahmen meiner Weiterbildung zum Internisten trat ich im Jahr 2010 eine Assistenzarztstelle an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am Universitätsspital Zürich (USZ) an. Bei dieser Tätigkeit auf der ambulanten Medizin erfolgte die Betreuung von Patienten einerseits in einem ‚hausarzt-ähnlichen‘ Modell an der Poliklinik und andererseits auf der internistischen Notfallstation.

Im klinischen Alltag auf der medizinischen Poliklinik werden Patienten über einen längeren Zeitraum begleitet und auch wiederholt vom selben Assistenzarzt medizinisch beraten. Neben den Patienten, die sich als ‚walk-in‘ und mit dem ganzen Beschwerdebild und Spektrum der Medizin direkt in der Poliklinik vorstellen, werden dabei auch Patienten betreut, die von Hausärzten mit spezifischer Fragestellung zu weiteren Abklärungen zugewiesen werden.

Im Verlauf meiner Tätigkeit fiel mir auf, dass gehäuft polymorbide Patienten, Personen mit sozial schwierigem Hintergrund und oft auch Patienten mit deutlich im Vordergrund stehenden psychischen Beschwerden an der Poliklinik behandelt werden. Daraus ergaben sich in meinem Arbeitsalltag Problemstellungen psychosozialer Art, welche über eine rein internistische Tätigkeit hinausgingen und welche abgesehen von dem rein fachärztlichen theoretischen Wissen stets auch eine spezielle Empathie und hohe Frustrationstoleranz voraussetzten.

Problemstellungen wie ‚Malcompliance‘ der Patienten in Bezug auf Selbstmessung und Medikamenteneinnahme, Interferenz psychischer Störungen mit der für richtig und notwendig erachteten Behandlung, somatoforme Störungen und eine im Vordergrund stehende psychiatrische und psychosomatische Betreuung führten dazu, dass man im Umgang mit den Patienten zuweilen das ‚internistische Problem‘ aus den Augen zu verlieren glaubte, zumal ich während meiner Weiterbildung nach dem Staatsexamen im Rahmen meiner stationären Tätigkeit an den verschiedenen Weiterbildungsstätten mit den Fragestellungen der Psychiatrie nur am Rande in Kontakt gekommen war.

Auch die von den Hausärzten zugewiesenen Patienten brachten in aller Regel entweder medizinisch sehr komplexe Fragestellungen mit sich, die der betreffende Familienarzt nicht klären konnte, oder aber der Hausarzt kam mit dem jeweiligen Patienten mit seinen bisherigen Abklärungen bei unspezifischen und unklaren Symptomen nicht weiter und wollte durch zusätzliche Untersuchungen eine somatische Erkrankung ausgeschlossen wissen. Oft war der Zuweisungsgrund auch der Wunsch eines Patienten, an einer ‚gewichtigen‘ Institution wie dem Universitätsspital Zürich eine Abklärung machen zu wollen.

In diesem Spannungsfeld zwischen universitärer, evidenz-basierter Medizin und einem eher biomedizinisch geprägten Weltbild auf der einen Seite und den tatsächlich alltäglichen, eher psychosomatisch geprägten Problemen auf der anderen Seite, war es zuweilen schwierig,

die richtige Balance zu finden. Dies führte während der oben beschriebenen Tätigkeit hier und da zu Zweifeln und Unsicherheiten und auch zu einer gewissen Frustration im Umgang mit den Patienten.

Im Kontakt mit meinen Mitassistenten und Vorgesetzten ergaben sich weitere Hinweise, dass sich das Patientengut auf der Poliklinik zum Hauptteil und am besten mit dem Begriff des sog. ‚schwierigen Patienten‘ zusammenfassen lässt. Komplexe Patienten also, mit welchen sich eine Interaktion meist eher ausserordentlich problembehaftet gestaltet (1). In den Gesprächen mit Kollegen wurde daneben auch rasch klar, dass mit dem Überbegriff des ‚MedPol-Patienten‘¹ ein ausnehmend schwierig zu führender und zu behandelnder Klient gemeint war, dem dazu auch meistens eine psychische Erkrankung attestiert wurde.

In der, während meiner Zeit an der Poliklinik und notabene auf Wunsch der Assistenzschar gegründeten Balint-Gruppe², kamen denn auch oft die Probleme im Umgang mit psychischer Komorbidität und die damit einhergehenden Schwierigkeiten zur Sprache.

Ich begann mich also einerseits durch die mit dem oben genannten Patientengut entstandenen Probleme in der täglichen Sprechstunde und andererseits auch durch die damit verbundene eigene Mehrbelastung dafür zu interessieren, wie häufig eine psychische Komorbidität bei den auf der Poliklinik des Universitätsspitals Zürich ambulant-medizinisch betreuten Patienten auch wirklich nachzuweisen ist oder anders ausgedrückt, ob tatsächlich eine ausserordentliche Häufung von psychischen Störungen bei diesen ambulanten Patienten besteht. Weiter interessierte mich, ob überhaupt ein Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung und der subjektiven ärztlichen Einschätzung einer problematischen Betreuungssituation existiert.

Mittels der hier geleisteten Analyse meines Patientenguts sollte dabei bestenfalls auch ersichtlich werden, inwiefern psychosoziale Gegebenheiten in der Betreuung von Patienten berücksichtigt werden müssten oder ob es Prädiktoren in Bezug auf soziokulturelle Variablen gibt, mit welchen ein Zusammenhang zum Vorhandensein einer psychischen Komorbidität hergestellt werden kann. Findet sich etwa bei spezifischen Patientengruppen und/oder Subgruppen eine höhere Prävalenz psychiatrischer Diagnosen? Und welche weiteren Parameter könnten auf eine derartige Prävalenz bzw. eventuell auch auf eine erschwerte Betreuungssituation weisen? Gilt es zum Beispiel während einer Sprechstunde stets eine ‚Hidden agenda‘ zu explorieren und demaskieren? Oder welche Gründe könnten im Umgang mit Patienten schlussendlich zu Frustration beim Arzt führen bzw. wären diese auch objektivierbar?

Der Versuch, in der Literatur Daten zu finden, die zu einem Vergleich mit der medizinischen Poliklinik herangezogen werden könnten, gestaltete sich schwierig, da derartige Angaben

¹ MedPol: eine Abkürzung für die medizinische Poliklinik des Universitätsspitals Zürichs.

² Balint-Gruppen sind im klassischen Verständnis Arbeitsgruppen von ca. acht bis zwölf Ärztinnen bzw. Ärzten, die sich unter der Leitung eines erfahrenen Psychotherapeuten regelmäßig treffen, um über ‚Problempatienten‘ aus ihrer Praxis zu sprechen (de.wikipedia.org)

äusserst spärlich und heterogen vorhanden waren. Bei einem grossen Teil der Studien handelte es sich um nationale Programme, in welchen aus epidemiologischer Sicht mittels Befragung eines Kollektivs nach Häufigkeit von psychiatrischer Morbidität oder Psychopharmakotherapie in der Bevölkerung (2-8) oder in einer spezifischen medizinischen Einrichtung (9-12) gefragt wurde. Oder es wurde auch nur nach einer spezifischen psychischen Störung, wie beispielsweise der Depression oder somatoformen Störungen, hinsichtlich der Prävalenz in einer bestimmten Patientengruppe gesucht (11, 13-16). Die publizierten Studien sind meist prospektiv angelegt und benutzen unterschiedliche, vordefinierte Fragebögen, was die Vergleichbarkeit der Literaturdaten bereits untereinander erschwert. Aus diesem Grund kann in dieser Studie auch nirgends eine direkte Gegenüberstellung mit einem standardisierten Datensatz passieren, sondern werden die erhobenen Daten schlussendlich als Tendenzen diskutiert.

3. Methodik

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Krankengeschichtenanalyse, in welcher anonymisierte Daten von Patienten untersucht wurden, die an der medizinischen Poliklinik in Behandlung standen oder noch stehen.

Eingeschlossen wurden alle Patienten, die im Zeitraum vom 01. Januar 2010 bis zum 31. Dezember 2010 im Rahmen einer ärztlichen Betreuung auf der medizinischen Poliklinik durch den Verfasser der vorliegenden Arbeit ambulant behandelt worden waren.

Nicht untersucht wurden die Patienten, die sich lediglich einmalig oder auf der Notfallstation vorstellten. Ebenso wurden auch diejenigen Patienten von der Analyse ausgeschlossen, die von anderen Assistenzärzten betreut wurden und nur in deren Stellvertretung gesehen worden waren, sowie solche, die im Rahmen der stationär-konsiliarischen Tätigkeit im gesamten Universitätsspital durch den Referenten bei anderen Kliniken des USZ untersucht worden waren.

Bei jedem eingeschlossenen Patienten wurden anhand der elektronischen Krankendokumentation im hausinternen Klinik-Informationssystem und/oder der Papierkrankengeschichte die Daten erhoben und in einer Datenbank zusammengetragen.

Zu den Allgebindaten zählten dabei neben Geschlecht und Alter auch die Zuweisungsart, die weitere Betreuungssituation³ und die Konsultationshäufigkeit. Als soziokulturelle Aspekte wurden neben Zivil- und Berufsstand die allgemeinen Lebensumstände, die soziale Einbettung, die Ethnie, die Muttersprache, Deutschkenntnisse und der Migrationshintergrund be-

³ damit ist die unterschiedliche Betreuung des Patienten durch die ‚MedPol‘ alleine oder durch die ‚MedPol‘ und einen Hausarzt gemeinsam gemeint.

rücksichtigt. Zudem wurde erfasst, ob eine soziale Problematik wie zum Beispiel ‚Geldsorgen‘, Ängste in Verbindung mit dem Beruf oder ein Rentenbegehren vorlagen.

Anhand des initial erstellten Dokumentationsblattes wurden die im Zusammenhang spezifischere Daten wie die Anzahl der Diagnosen oder Probleme bei der ersten Vorstellung, das Vorhandensein psychiatrischer Diagnosen mit Einteilung nach ICD-Code⁴, die verschriebene Menge an unterschiedlichen Medikamenten und die Anzahl und Art von rezeptierten Psychopharmaka erhoben. Aus dem Verlauf der Krankengeschichte wurde nach der Empfehlung eines psychiatrischen Konsiliums gesucht, und ob dieses besucht worden war, genauso wie danach, ob eine parallele psychiatrische Betreuung bestand.

Weiter wurden zusätzliche die Patienten charakterisierende Parameter untersucht, die interessante Korrelationen mit psychiatrischer Komorbidität vermuten liessen. So wurde im Verlauf der Beobachtungsperiode nach einer Angabe von ‚Fatigue‘ gesucht und inwiefern dieses Symptom einem objektiven Grund zugeschrieben werden konnte. Auch die übermässige Besorgnis der Patienten um die eigene Gesundheit – zusammengefasst mit der neudeutschen Sentenz: ‚worried about health‘ – war in diesem Zusammenhang von besonderem Interesse. Während der Betreuung stellte der Verfasser oftmals fest, dass die Patienten diverse Ängste in Bezug auf die eigene Gesundheit äusserten. Diese Zweifel und Ängste konnten im Gespräch zwar gut angesprochen und der Patient liess sich beruhigen, aber bei vielen Patienten war in der Nachfolgekonsultation die gleiche Besorgnis wieder eminent und bedurfte neuer ausführlicher Erklärungen seitens des Verfassers. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Patienten als ‚worried‘ eingestuft, welche dem Verfasser mehr als zweimal durch ihre kaum beeinflussbare Sorge über eigene Symptome und die eigene Gesundheit auffielen.

Ob sich im Verlauf der Behandlung beim Patienten eine ‚hidden agenda‘ zeigte, wurde ebenfalls beachtet. Zusätzlich wurde geprüft, inwiefern eine ‚Malcompliance‘ in Bezug auf Vorschläge zur Therapie und zur Medikamenteneinnahme bestand und ob bei den Konsultationen die dafür vorgesehene Sprechstundenzeit⁵ überschritten worden war.

Schlussendlich wurde durch den Verfasser bei jedem Patienten auf einer Vier-Punkte-Skala eine subjektive Einschätzung der Arzt – Patient – Beziehung vorgenommen bzw. die mögliche Problematik während der Beratung des Kranken zu erfassen gesucht. Der Verfasser hat sich zu jedem der Patienten unabhängig von der medizinischen Komplexität des Falles über-

⁴ Der ICD-Schlüssel wird in der Medizin zur Systematisierung von Diagnosen benutzt. Die Abkürzung "ICD" steht für International Classification of Diseases, (flexikon.doccheck. com).

⁵ An der medizinischen Poliklinik bestehen von der ärztlichen Leitung Richtlinien für die Konsultationszeiten, welche besagen, dass für eine hausinterne Übernahme 30 Minuten und bei einer Zuweisung durch den Hausarzt, Konsilium oder Selbstzuweisung 45-50 Minuten für die Erstkonsultation vorgesehen sind. Für die Nachfolgekonsultationen werden in aller Regel 15 oder 20 Minuten in der Agenda belegt; für gewisse komplizierte Patienten werden auch schon direkt 30 bis 45 Minuten für die Nachkontrollen vorgesehen.

legt, inwiefern der Patient als eher ‚schwierig‘ zu führen⁶ oder wie anspruchsvoll und zeitintensiv dieser zu behandeln gewesen war. Dabei wurde zum Beispiel berücksichtigt, wie häufig ausserterminliche Kontrollen oder zusätzliche Telefonate stattfanden oder ob der Patient regelmässig die Konsultation verpasste und erneut aufgeboden werden musste. In diese Beurteilung floss bis zu einem gewissen Grad auch die daraus resultierende subjektive Unzufriedenheit im Umgang mit dem betreffenden Patienten ein. Die Patienten wurden je nach vorhandenen Schwierigkeiten während der Betreuung den Stufen 0 (angenehmer Patient, keine Schwierigkeiten), 1 (leicht vermehrter Erklärungsbedarf und vergrösserter Zeitaufwand in der Betreuung), 2 (unzufriedener Patient, Störung ausserhalb der Sprechstundenzeiten, übermässiger Zeitaufwand) oder 3 (unangenehmer, ausnehmend schwieriger und fordernder Patient, häufige ausserordentliche Telefonate, ausserordentlicher Zeitaufwand, kaum führbarer Patient, hohe subjektive Frustration) zugeordnet. Diese Skalierung stellt damit ein subjektives Mass für den Umfang der Probleme im alltäglichen Umgang mit dem Patienten und für die eigene Frustration bezüglich der erreichten therapeutischen Fortschritte dar.

4. Resultate

In einem ersten Teil sollen die mittels der Krankengeschichten erhobenen Daten aller Patienten inhaltlich präzisiert werden. Das Patientengut wurde hierfür mittels allgemeiner Charakteristika, soziokulturellen Faktoren, medizinischer und weiterer themenverwandten Daten sowie aufgrund einer subjektiven Einschätzung der Patientenbetreuung durch den Verfasser analysiert. In einem zweiten Teil wird dann spezifisch auf die Gruppe mit einer psychischen Ko-/Morbidität und einer Psychopharmaka Medikation eingegangen.

4.1. Gesamtes Patientenkollektiv

4.1.1. Allgemeine Charakteristika

In die Studie wurden 192 Patienten eingeschlossen. Die Mehrheit der betreuten Personen waren männlichen Geschlechts, N=112 (58,3%) gegenüber 80 Frauen (41,6 %).

Das Durchschnittsalter der untersuchten Population lag bei 49,91 Jahren (± 18.4 Jahre). Die Patienten wurden in verschiedene Altersgruppen zusammengefasst, wobei die Einteilung in Kohorten der Altersstufen von 16-29 Jahren (N_{<29}: 29), 30-39 Jahren (N_{>30}: 27), 40-49 Jahren (N_{>40}: 40), 50-59 Jahren (N_{>50}: 29), 60-69 Jahren (N_{>60}: 34), 70 Jahre und darüber (N_{>70}: 33) erfolgte.

⁶ „the difficult patient can be defined as one who impedes the clinician's ability to establish a therapeutic relationship“ (1)

Bei der Zuweisungsart konnte festgestellt werden, dass insgesamt 27 Patienten (14%) von einem Hausarzt (HA) zur weiteren Beurteilung und 7 Personen (4%) intern ambulant konsiliarisch von anderen Disziplinen im Hause zugewiesen wurden. Der grösste Teil, nämlich 92 (48%) der betreuten Personen, wurde an der medizinischen Poliklinik hausärztlich betreut. Diese Patienten übernimmt der behandelnde Assistenzarzt jeweils von einem Vorgänger und betreut sie über eine gewisse Zeitspanne weiter. Weitere 66 Personen (34%) stellten sich in der Sprechstunde auf der medizinischen Poliklinik zur Abklärung und Therapie direkt selbst und ohne Zuweisung vor (Abbildung 1).

Von allen Patienten wurden 63 (33%) nicht nur von der Poliklinik, sondern auch von einem weiteren Arzt (zumeist einem HA) extern mitbetreut. Hundertneunundzwanzig Personen (67%), wurden ausschliesslich auf der medizinischen Poliklinik behandelt (Abbildung 2).

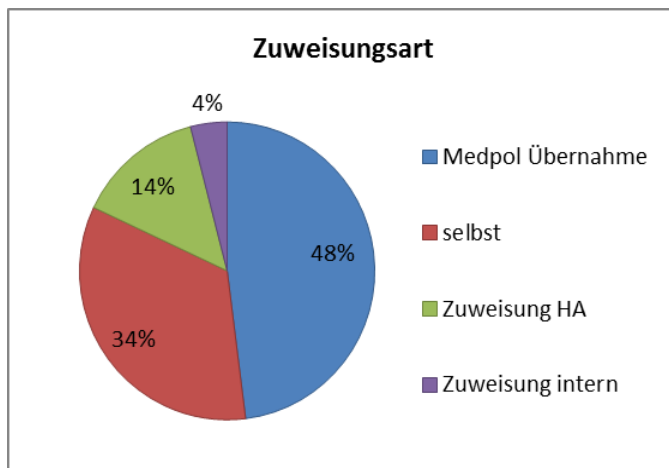


Abbildung 1: Prozentuale Aufteilung nach Zuweisungsart

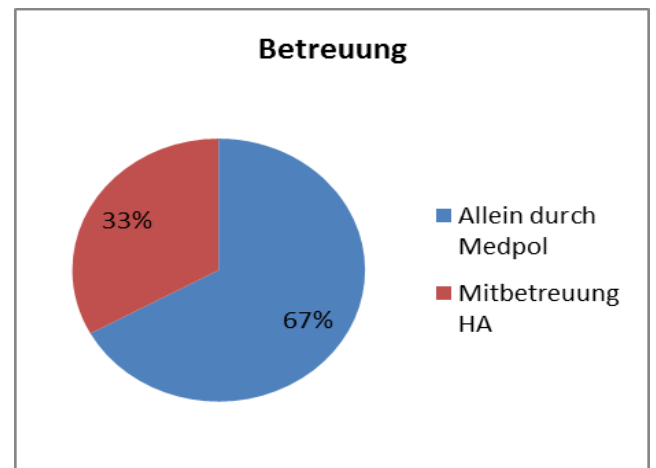


Abbildung 2: Prozentuale Aufteilung der Art der Betreuung

55 Patienten (28,6%) wurden im Verlauf der Beobachtungsperiode mehr als 4-mal gesehen, die übrigen 137 Patienten (71,4%) wurden zwischen 2- und 4-mal in der Sprechstunde betreut. Die Grössenordnung von vier Konsultationen ergibt sich daraus, dass ein Grossteil der behandelten Patienten an einer chronischen Erkrankung wie beispielsweise an einem ‚Metabolischen Syndrom‘ leidet und alleine dadurch in 3-monatlichen Abständen eine laborchemische Analyse indiziert ist. Häufig wird im ambulanten Setting auch sonst ein Intervall von drei Monaten gewählt, was zu 4 Konsultationen im Beobachtungszeitraum geführt hat.

4.1.2. Soziokulturelle Aspekte

Bei den untersuchten Individuen liessen sich in Bezug der gewählten sozialen Parameter die folgenden Daten erheben. 89 Patienten (46,4%) waren während des berücksichtigten Zeitraums verheiratet, 64 (33,3%) ledig, 23 (12%) geschieden, 10 (5,2%) getrennt, 5 (2,6%) verwitwet und bei einer Person fanden sich keine Angaben.

In Bezug auf die soziale Einbettung zeigte sich, dass 99 (52%) Patienten in einer Familie bzw. 68 (35%) alleine lebten. Andere Lebensformen wie Wohngemeinschaft, Partnerschaft, betreutes Wohnen waren bei 23 (12%) Patienten zu finden und bei 2 (1%) konnte das soziale Umfeld nicht eruiert werden.

Der Jobstatus des Patientengutes präsentierte sich wie folgt: 76 (40%) Patienten waren zum Zeitpunkt dieser Studie angestellt, 40 (20%) waren pensioniert, 22 (11%) IV-Rentner, 17 (9%) waren selbständig erwerbend, 16 (8%) arbeitslos, 12 (6%) Studenten, 6 (3%) Hausfrauen, 4 (2%) lebten von der Sozialhilfe und bei 2 (1%) konnten keine Angaben erhoben werden.

Ethnisch fanden sich folgende Unterschiede: 137 (71%) der betreuten Kranken waren Kaukasier, im engeren Sinne hellhäutige Europäer; bei Personen aus Afrika erfolgte eine Unterteilung zwischen Schwarzafrika (7 Pat., 4%) und Nord-Afrika (2 Pat., 1%); 8 (4%) Patienten stammen aus dem Mittleren Osten (Türkei, Naher Osten bis Afghanistan) und 17 (8%) vom indischen Subkontinent (Indien, Bangladesch, Sri Lanka). Desweiteren wurden 4 (2%) Südasiaten (z.B. Thailand, Indonesien bis Philippinen), 1 (1%) Ostasiater und 1 (1%) Afroamerikaner und 8 (4%) Lateinamerikaner auf der medizinischen Poliklinik betreut. Zusätzlich wurden noch 4 (2%) Mischlinge⁷ und 3 (2%) Patienten, die nicht zuordenbar waren, identifiziert.

Deutsch als Muttersprache fand sich bei 88 (46%) der untersuchten Personen, Tamil sprachen 12 (6%) und Italienisch 10 (5%) Personen muttersprachlich, Türkisch wurde von 6 (4%), Spanisch von 5 (3%), Französisch von 4 (2%), Portugiesisch von 4 (2%) und Englisch von 3 (2%) Patienten als Muttersprache angegeben. Die übrigen 60 (30%) Personen, unter welchen jeweils weniger als zwei die gleiche Muttersprache besaßen, wurden in einer Gruppe zusammengefasst. Hierbei fanden sich Personen aus dem Balkan, Osteuropa oder vom afrikanischen Kontinent (Abbildung 3).

⁷ Inder-, Thailänder-, Haitianer- und Brasilianer-Kaukasier

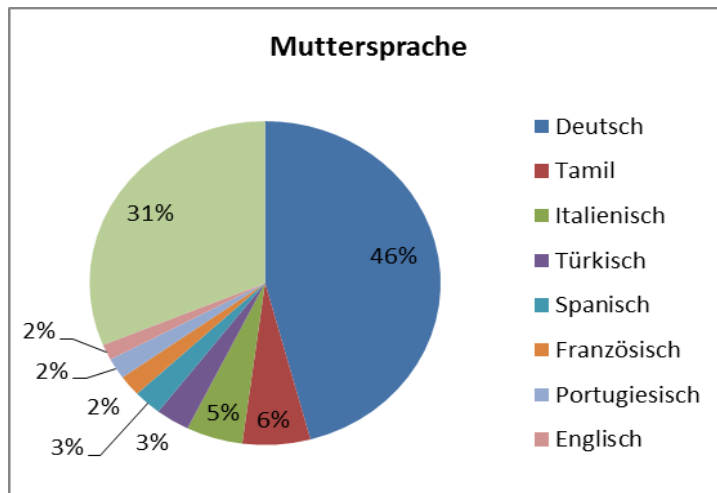


Abbildung 3: Darstellung der prozentualen Verteilung der Muttersprachen

Im Hinblick auf eine möglicherweise erschwerte Etablierung einer unproblematischen Arzt – Patienten – Beziehung, wurde nicht nur die Muttersprache betrachtet, sondern auch auf die Kommunikationsfähigkeit während der Betreuung, respektive die Deutschkenntnisse der Patienten ein Augenmerk gelegt. Hier zeigte sich folgendes Bild: 103 (54%) Personen konnten sich in der deutschen Sprache ‚sehr gut‘, 60 (31%) Patienten ‚gut‘, 21 (11%) nur ‚wenig‘ und 8 (4%) überhaupt nicht („kein“) verständigen.⁸

Von den 192 Patienten zeigte sich bei insgesamt 140 (73%) Patienten keine soziale Problematik (Abbildung 4). Bei den übrigen 51 (27%) fanden sich verschiedene Probleme, die während der Datenanalyse zur Vereinfachung in weitere Einheiten zusammengefasst wurden. Im Wesentlichen wurden unter ‚Geldsorgen‘ fehlende finanzielle Möglichkeiten, zu tiefes Einkommen, fehlendes Geld für Therapie zusammengefasst. Auch der Begriff ‚familiäre Probleme‘ ist eher weit gefasst und beinhaltet neben fehlender familiäre Unterstützung, innerfamiliäre Belastungssituationen, die Krankheit eines Familienmitgliedes oder auch Vereinsamung. Dann wurden auch ‚berufliche Stressoren‘ wie Kündigungsängste, fehlender Job, längerdauernde Arbeitslosigkeit, Kündigung oder Überforderung am Arbeitsplatz gebündelt berücksichtigt. Als letzte Kategorie wurde noch speziell nach einem Rentenbegehren gesucht. Hierbei wurde vom Patienten der Wunsch nach einer Berentung, in diesen Fällen immer von der Invalidenversicherung gewünscht und/oder bereits eine Anmeldung beim Sozialamt für eine IV-Rente beantragt.

‚Geldsorgen‘ fanden sich bei 23 Personen. Psychosoziale Stressoren im Bereich der Familie fanden sich bei 9 Personen. Zwölf Personen klagten über Probleme im Zusammenhang mit dem Beruf und von 7 Patienten wurde explizit ein Rentenbegehren angegeben.

⁸ Die Sprachkenntnisse des Verfassers (Muttersprache Deutsch) umfassen Französisch und Englisch, sowie wenig Italienisch; mit Hilfe dieser Sprachen fand je nach Sprachenkenntnissen der Patienten natürlich dennoch eine Kommunikation statt. Das betraf 2 von den 8 Patienten, die gar ‚kein‘ Deutsch sprachen, und 9 von 21 Patienten, die nur ‚wenig‘ Deutschkenntnisse besaßen.

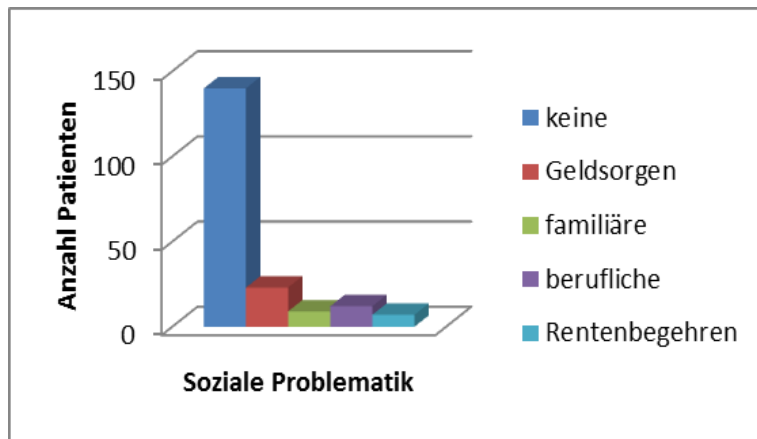


Abbildung 4: Verteilung sozialer Probleme

Weiter wurde während dieser Datenanalyse nach einem möglichen Migrationshintergrund bei den Patienten gesucht. Bei 92 Personen (48%) wurde kein Migrationshintergrund gefunden (Abbildung 5). 28 Patienten (15%) emigrierten aus einem Kriegs- oder Krisengebiet. Bei 41 Personen (21%) gründete der Aufenthalt in der Schweiz auf wirtschaftlichen Vorteilen und bei 31 Patienten (16%) konnte nicht eruiert werden, ob eine Migration besteht.

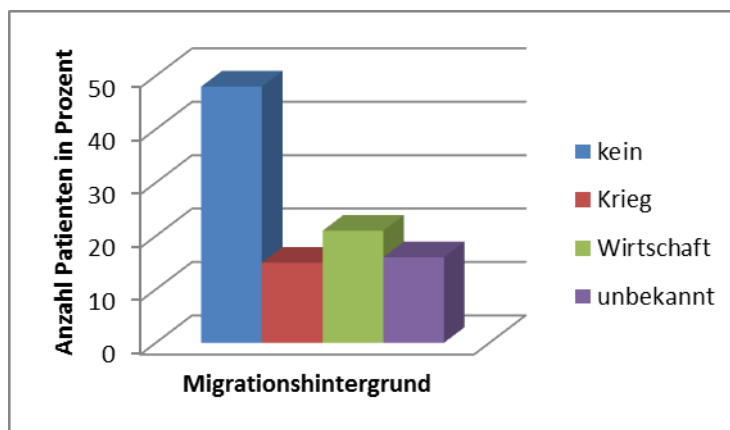


Abbildung 5: Migrationshintergrund in Prozenten dargestellt

4.1.3 Medizinische Parameter

Nachfolgend werden die allgemeinen medizinischen Parameter wie Polymorbidität, Medikation, Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose usw. der gesamten untersuchten Population aufgezeigt.

4.1.3.1. Anzahl Diagnosen/Probleme

Zur Beurteilung und Erfassung der Polymorbidität respektive auch der Komplexität der einzelnen Patienten wurde anhand des Dokumentationsblattes die Anzahl der Probleme oder Diagnosen erfasst. Diese Dokumentation wird jeweils bei oder direkt nach der ersten Vorstel-

lung des Patienten in der Sprechstunde angelegt. Da einige Patienten immer noch durch den Verfasser betreut werden und somit keine abschliessende Diagnoseliste eines Austrittsberichtes vorliegt, wurde die Diagnosen-Anzahl per Eintrittstag erfasst, um so einen einheitlichen, reproduzierbaren Wert zu erhalten.

Aus dem vergleichenden Blick auf die genannten Dokumentationsblätter aller untersuchten Patienten resultierte eine enorme Varianz der Anzahl der Diagnosen von 1 bis 16 (Abbildung 6).

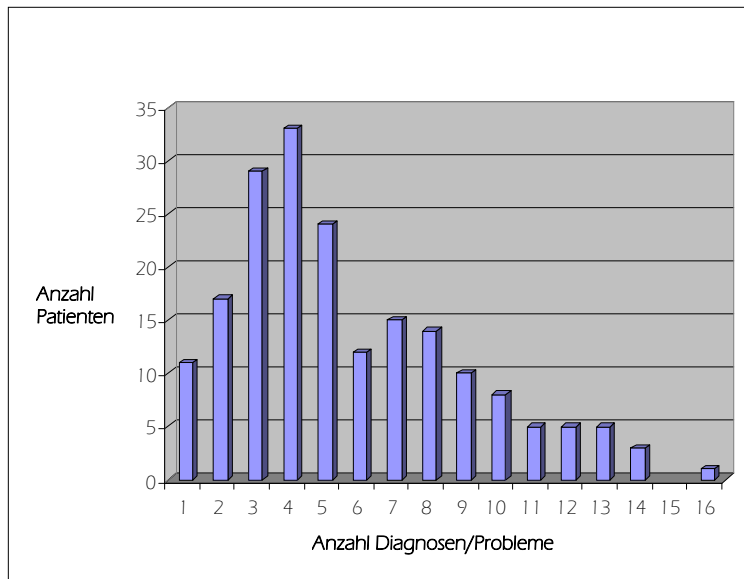


Abbildung 6: Verteilung der Anzahl Diagnosen/Probleme bei den Patienten

Im Durchschnitt zeigten die Patienten bei ihrer Vorstellung auf der medizinischen Poliklinik 5,6 diagnostizierte medizinische Probleme. Beim grössten Teil (33 Patienten, 17%) fanden sich 4 verschiedene Diagnosen. Die meisten Patienten (103, 54%) besaßen zwischen 2 und 5 Diagnosen und 66 (34%) der Patienten verfügten über 7 und mehr in der Diagnosenliste aufgeführte Probleme.

4.1.3.2. Prävalenz psychiatrischer Diagnosen

Bei insgesamt 120 Patienten (62,5%) aller untersuchten Personen fand sich in den Unterlagen keine Hinweise respektive Notiz bezüglich einer psychiatrischen Diagnose. Bei den restlichen 72 Patienten (37,5%) wurden in der Diagnose-/Problemliste eine oder mehrere psychiatrische Erkrankungen aufgeführt.

Diese Diagnosen wurden nach dem ICD-10 Code und deren Einteilung von F0 bis F9 aufgeschlüsselt.⁹ Die genaue Analyse dazu wird im zweiten Teil (vgl. 4.2.3.2.) geleistet, dort wird auch die Verteilung der psychiatrischen Diagnosen eingehend besprochen.

4.1.3.3. Arzneimittelverordnung

4.1.3.3.1. Allgemeine Medikation

Anhand der beim Erstkontakt erhobenen Medikamentenliste wurde als erstes die Anzahl der verschriebenen Präparate bei den betreffenden Patienten analysiert.

Hierbei zeigte sich eine grosse Bandbreite. Im Durchschnitt nahmen die Patienten bei der Vorstellung 3,3 Medikamente ein. Fünfundvierzig Personen (23%) gaben an, keinerlei Medikamente zu schlucken. Die genaue tabellarische Darstellung der Medikamentenzahl präsentiert sich dabei in Abbildung 7:

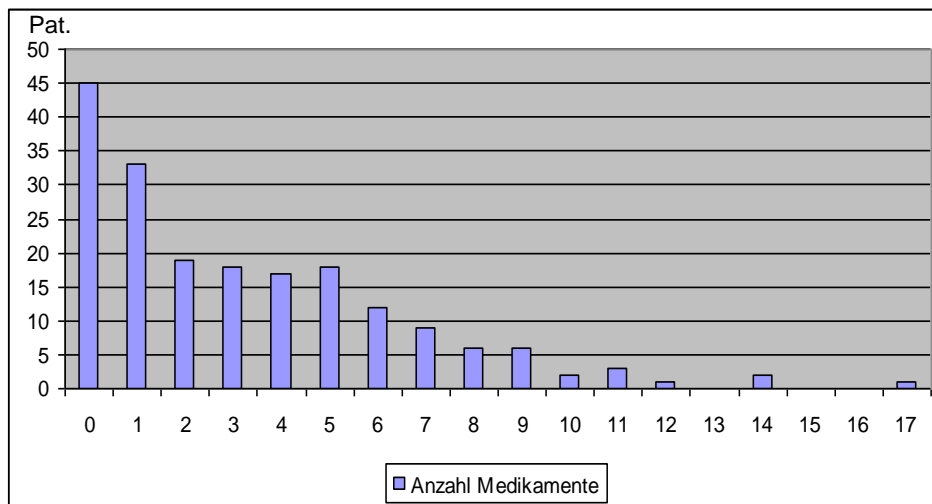


Abbildung 7: Verteilung der Medikamentenzahl bei den Patienten

Zur besseren Übersicht wurden danach die Patienten anhand der eruierten Anzahl eingenommener Arzneimittel kategorisiert. 70 Personen (36%) nahmen zwischen einem und drei Medikamenten regelmässig ein, 47 Personen (25%) zwischen 4 und 6, sowie 21 Personen (11%) zwischen 7 und 9 verschiedene Präparate. 9 Patienten (5%) gaben an, über 9 verschiedene Medikamente einzunehmen. Von Polypharmazie spricht man, wenn eine Person mehr als 6 Medikamente einnimmt¹⁰ und diese Diagnose lässt sich in der vorliegenden Studie auf 16% (30 Patienten) der Fälle anwenden.

⁹ Der ICD ist ein von der WHO initiiertes und gepflegtes Schlüssel, das in Version 10 jeder Diagnose einen bis zu 5-stelligen Code zuordnet. Der Code hat das Format X00.00, wobei X für einen Buchstaben von A-Z, die Nullen für eine Ziffer von 0-9 stehen. Die ersten drei Stellen kodieren eine grobe Diagnose, die vierte und fünfte Stelle dienen der weiteren Unterteilung bzw. Verfeinerung. (flexikon.doccheck.com) Mit den Klassen F00-F99 werden dabei Psychische und Verhaltensstörungen definiert.

¹⁰ Laut Definition der WHO besteht eine Polypharmazie ab der Einnahme von sechs Medikamenten.

4.1.3.3.2 Psychopharmaka Therapie

Ebenfalls anhand der Patientendokumentation wurde im betreffenden Zeitraum auch berücksichtigt, ob bei den jeweiligen Patienten eine Psychopharmaka Therapie bestand oder verordnet worden war. Das heisst, im Gegensatz zur Listung der Anzahl der Medikamente wurden in diesem Fall nicht nur die bereits bestehenden Verordnungen, sondern auch eine im Verlauf installierte medikamentöse Therapie eingeschlossen. Bei 42 Patienten (22%) bestand eine Therapie mit einem Psychopharmakon, im Gegensatz zu 150 Personen (78%), die keine entsprechende Medikation aufwiesen. Beachtet man dabei die verschiedenen Substanzklassen fand sich bei 26 Patienten eine antidepressive Therapie (62%) und insgesamt 9 Personen (21%) wurden mittels antipsychotischer Mittel therapiert. Tranquilizer oder Benzodiazepine wurden von 15 Patienten (36%) eingenommen, Stimulantien wie Ritalin wurden von 2 Patienten (5%) konsumiert und Lithium von (2%) Person.

4.1.3.4 Psychiatrische Betreuung

„Erwartet“ man beim untersuchten Patientengut eine allfällige psychische Komorbidität bzw. dass sich (falls diese nicht oder nicht nur fachärztlich behandelt) im eigenen Arbeitsalltag eine Mehrbelastung manifestieren könnte, macht es Sinn, zu prüfen, ob und inwiefern für dieses Kollektiv im Beobachtungszeitraum in irgendeiner Art ein Kontakt mit einem Psychiater nachgewiesen werden konnte. Der Verfasser stützte sich hierbei auf die Angaben des Patienten oder auf die in der elektronischen Krankengeschichte hinterlegten konsiliarischen Beurteilungen durch einen Psychiater.

Von den 192 Personen hatten anhand der erhobenen Daten 156 Patienten (81%) keine Konsultation bei einem Psychiater (Abbildung 8). Bei diesen wurde auch kein psychiatrisches Konsilium vorgeschlagen; dennoch fand sich bei 37 (24% von 156) von ihnen eine psychiatrische Störung, beruhend auf den Angaben der Patienten selbst, der Problemlisten der Zuweiser oder der Dokumentation/Diagnosestellung durch den betreuenden Vorgänger an der Poliklinik.

Achtzehn Personen (9%) erhielten parallel zu der Betreuung auf der Poliklinik eine regelmässige ambulante psychiatrische Betreuung. Bei 10 Patienten (5%) wurde ein Konsil bei einem Psychiater durchgeführt. Bei 4 Patienten (2%) wurde eine psychiatrische Beurteilung mittels eines Konsiliums vorgeschlagen, was aber von den Patienten abgelehnt worden war. Bei weiteren 4 Patienten (2%) wurde zwar ein Konsilium angemeldet und initial von den Personen auch gutgeheissen, doch der Gesprächstermin wurde von den Patienten nicht wahrgenommen oder „bewusst“ ausgelassen.

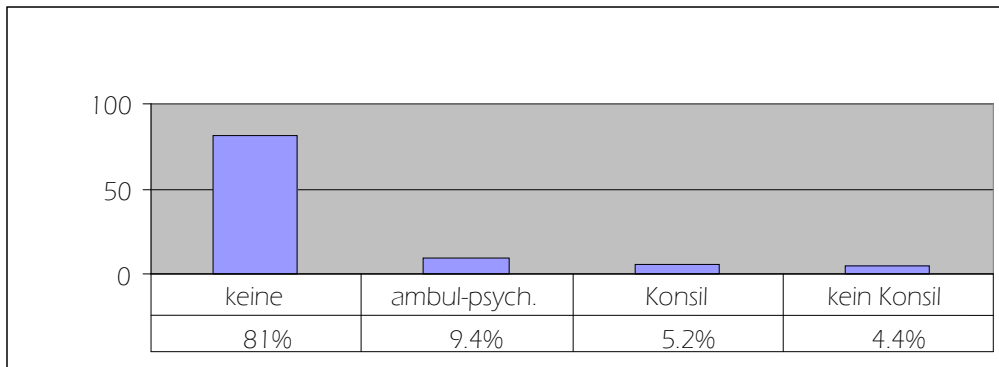


Abbildung 8: Psychiatrischen Betreuung in prozentualer Verteilung

4.1.4. Weitere Parameter

Im folgenden Abschnitt werden zusätzliche bei der Datenerhebung für interessant erachtete Phänomene dargestellt. Hierbei handelt es sich vor allem um subjektive Parameter; charakterisierende Eigenschaften also, die einerseits durch die Patienten geäußert und/oder andererseits durch den Verfasser ermittelt wurden und mit welchen sich allenfalls Hinweise auf die Problemstellungen im Umgang mit Patienten der medizinischen Poliklinik ergeben könnten.

4.1.4.1. ‚Fatigue‘

Als erstes fand in diesem Zusammenhang das Symptom ‚Fatigue‘¹¹ eine gesonderte Beachtung; als subjektives Gefühl der Erschöpfung könnte es nämlich in die Nähe einer psychischen Erkrankung gerückt werden. So wurde untersucht, ob in der Patientendokumentation die explizite und implizite Angabe über Müdigkeit oder Erschöpfung gefunden werden konnte und auf was diese gründen könnte.

Bei 81 Personen (42,2%) fand sich in der Krankengeschichte kein entsprechender Hinweis, das heisst, mehr als die Hälfte aller Patienten (111, 57,8%) klagten im Verlauf der Beobachtungsperiode über Müdigkeit. Siebenundfünfzig Prozent (63) dieser Betroffenen waren Männer, 43% (48) waren Frauen, was fast exakt der Geschlechteraufteilung aller Patienten entspricht. Bei den Patienten mit ‚Fatigue‘ konnte bei 21 Patienten (19%) ein somatisches Korrelat als Grund für die Syndromatik (systemische Erkrankung, Medikamenten-UAW¹², endokrinologische Störungen usw.) gefunden werden; insgesamt 90 Patienten (47% aller Patienten) klagten somit über das Symptom ‚Fatigue‘, ohne dass man dafür eine somatisch-medizinische Erklärung ableiten konnte.

¹¹ Hier im Sinne einer allgemeinen Erschöpfungssymptomatik verwendet. ‚Fatigue‘ ist ein Symptom, das verschiedene chronische Erkrankungen begleitet; es kann aber nach heutiger internationaler Auffassung auch eine selbstständige Krankheit darstellen. (wikipedia.org)

¹² Unerwünschte Arzneimittelwirkung

4.1.4.2. ‚Worried about health‘

Bei dem untersuchten Patientengut wurde im weiteren die spontane Angabe der übermässigen Besorgnis um die eigene Gesundheit sowie die indirekten Hinweise für die Existenz einer derartigen Sorge erhoben, um mögliche Rückschlüsse auf die Intention einen Arzt aufzusuchen, tätigen zu können. Aufgrund der subjektiven Einschätzung durch den Verfasser bzw. der Angaben in der Krankengeschichte, den Konsultationsgründen und den Verlaufseinträgen erfolgte hierbei eine Einteilung in besorgte („worried“) und nicht besorgte („not-worried“) Patienten.

Von allen Patienten fand sich bei 72,9% (140) eine deutlich ausgeprägte respektive mehr als zweimal geäußerte Besorgtheit um ihren Gesundheitszustand, bei 27% (52) bestand keine solche. Bei den Personen, die an der medizinischen Poliklinik betreut wurden, lag dieser Anteil bei 64% der Patienten (59/92), bei den Patienten, die sich selbst vorstellten, hingegen bei 80% (53/66). Die Gruppe, die von einem Hausarzt zugewiesen worden war, zeigte einen noch höheren Anteil, nämlich 85% (23 von 27 Patienten). Bei denjenigen, welche konsiliarisch zugewiesen wurden, lag der Anteil bei 71% der Patienten (5 von 7 Patienten) (Abbildungen 9 und 10).

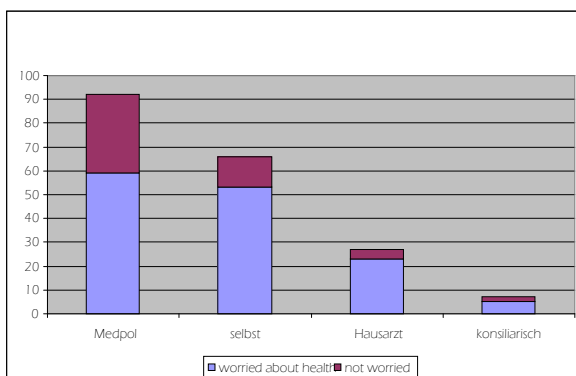


Abbildung 9: Verteilung der Besorgnis um die Gesundheit nach der Zuweisungsart in absoluten Zahlen

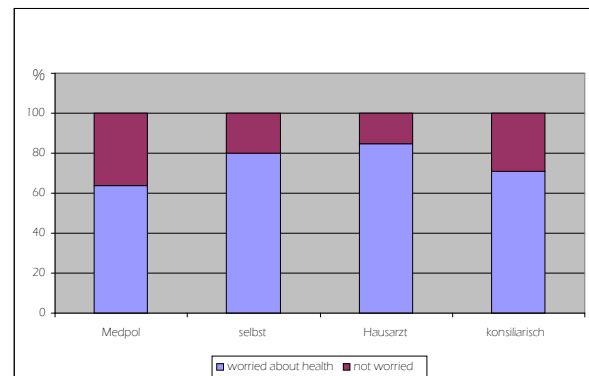


Abbildung 10: Prozentuale Verteilung der Besorgnis um die Gesundheit nach der Zuweisungsart

4.1.4.3. ‚Hidden agenda‘

Bei den untersuchten Personen wurde auch speziell nach einer ‚hidden agenda‘¹³ respektive nach einem initial verborgenen Motiv als Konsultationsgrund gesucht.

Es zeigte sich bei 94,8% (182) der Patienten keine ‚hidden agenda‘, jedoch bei den restlichen 5,2% (10). Bei 5 von diesen 10 Patienten war das verborgene Motiv der eigene Ver-

¹³ Der Begriff der ‚hidden agenda‘ stammt eigentlich aus dem politischen Jargon und bezeichnet dabei die hinter dem öffentlich Verkündeten versteckte Intention des politisch Handelnden. Mit der ‚hidden agenda‘ lassen sich dabei bestimmte – oftmals tabuisierte – Probleme verheimlichen und in diesem Sinne scheint mir dieser Begriff auch wie geschaffen für die weitere Möglichkeit einer Charakterisierung des untersuchten Patientenkollektivs einerseits bzw. die oftmals erschwerten Anamnese-Bedingungen andererseits.

dacht, an einer sexuell übertragenen Erkrankung zu leiden. Eine Person beklagte eine Tumorangst, die sich erst im Verlauf der Konsultationen herausstellte.

4.1.4.4. ‚Malcompliance‘

In der Medizin gebraucht man den Terminus ‚Compliance‘ bzw. ‚Komplianz des Patienten‘ als Oberbegriff für dessen kooperatives Verhalten im Rahmen der Therapie und Therapieempfehlungen respektive die Einhaltung von Verhaltensmassregeln, Gesetzen und Richtlinien durch den Patienten.¹⁴ Geschieht letzteres nicht, ist der Patient nicht nur ‚malcompliant‘, sondern wird er – so meine Behauptung – durch den betreuenden Arzt in der Regel auch als eher schwierig eingestuft.

Während der vorliegenden retrospektiven Analyse wurde somit in der Anamnese und Krankengeschichte des jeweiligen Patienten auch nach Hinweisen für eine ‚Malcompliance‘ gesucht (was zum Teil auch als Diagnose Eingang findet und notiert wird). Bei 35,4% (68 Personen) zeigte sich während der medizinischen Beratung tatsächlich ein wie oben beschriebenes, unkooperatives Verhalten seitens des Patienten. Bei 64,6% (124 Personen) fand sich aber kein Hinweis für das Vorliegen einer ‚Malcompliance‘. Aufgeschlüsselt nach der Zuweisungsart zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 11):

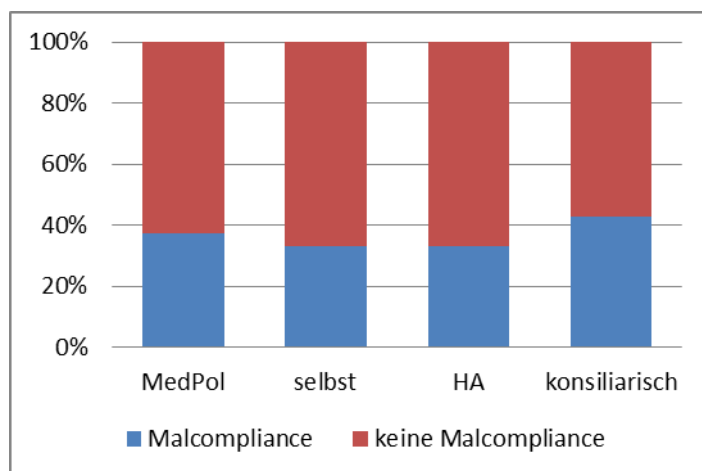


Abbildung 11: Prozentuale Verteilung von ‚Malcompliance‘ nach der Zuweisungsart

Der höchste Anteil an Patienten mit ‚Malcompliance‘ liegt bei den konsiliarisch zugewiesenen Patienten (43%, 3 von 7 Patienten) und bei den Patienten der ‚MedPol‘ (37%; 34 von 92 Patienten). Die Anteile der Patienten von den Hausärzten (9 von 27 Patienten) und die sich selbständig Zuweisenden (22 von 66 Patienten) lagen mit 33% unterhalb des Durchschnitts. Setzt man die ‚Malcompliance‘ in Bezug zu den Sprachkenntnissen wird ersichtlich, dass der Anteil der unkooperativen Patienten bei denjenigen mit schlechteren Deutschkenntnissen

¹⁴ Wikipedia.org

höher liegt: 48% (14/29) der Patienten mit wenig oder keinen Deutschkenntnissen waren zugleich auch ‚malcompliant‘ (Abbildung 12).

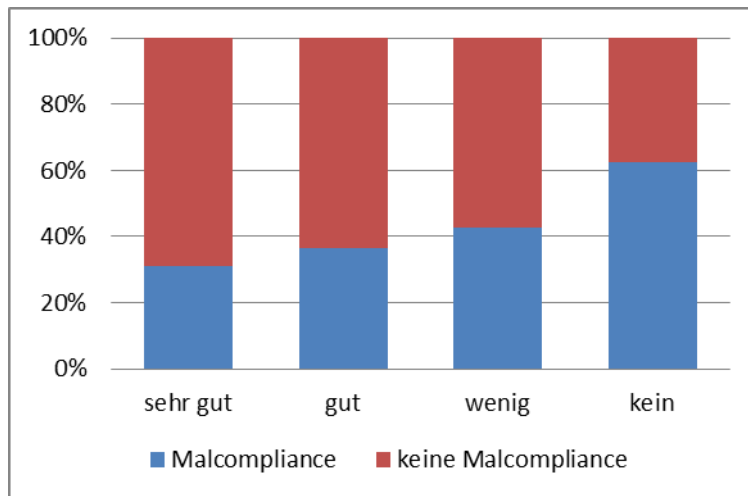


Abbildung 12: Prozentuale Verteilung der ‚Malcompliance‘ nach Deutschkenntnissen

4.1.4.5. Überziehen der Sprechstundenzeiten

Als nächstes wurde untersucht, bei wie vielen Patienten die Sprechstundenzeit regelmässig nicht eingehalten werden konnte.¹⁵ Häufig gaben Patienten am Ende der Konsultation an, noch zusätzliche, bisher ungenannte gesundheitliche Probleme zu haben oder ein Zeugnis oder ein Rezept zu benötigen, obschon die für sie reservierte Zeit abgelaufen war. 58 Personen überzogen regelmässig die Sprechstundenzeiten, was einem Anteil von 30,2% entspricht; bei den restlichen 69,8% (134 von 192) konnte die Zeit meistens eingehalten werden.

Bei den Patienten, welche die vorgegebenen Zeiten (= je nach Konsultationsart 15-50 Minuten geplant) überschritten oder eine ‚längere‘ Sprechstundenzeit einforderten, lag die durchschnittliche Anzahl der Diagnosen bei 6,8 pro Patient, höher also als das weiter oben genannte Mittel von 5,6 Diagnosen pro Patient. Bei den Patienten mit eingehaltener Sprechstundenzeit lag der Durchschnitt bei 5,1 Diagnosen pro Patient.

In Bezug auf die Medikamentenanzahl zeigt sich ein ähnliches Bild. Im Durchschnitt nahmen alle Patienten 3,3 Medikamente ein (vgl. oben 4.1.3.3.); bei denjenigen Patienten, welche die Gesprächszeit überschritten, lag die gemittelte Medikamentenzahl bei 4,4 Medikamenten pro Patient.

¹⁵ Weiter oben (vgl. 3. Methodik) wurden die hierbei bestehenden Richtlinien von 30-50 Minuten für eine Erst- bzw. 15-30 Minuten für eine Nachfolgekonsultation bereits erwähnt; im Folgenden werden diese nicht gesondert, sondern gebündelt als ‚überzogene Sprechstundenzeiten‘ berücksichtigt.

4.1.4.6. Arzt – Patient – Beziehung

Im Rahmen der Datenerhebung und der Analyse wurde schlussendlich auch versucht, die Patienten anhand einer semiquantitativen Skala einzuteilen, um damit allfällige Schwierigkeiten, eine angemessene therapeutische Beziehung zwischen Arzt und Patient etablieren zu können, bemessen zu können. Der Verfasser hat sich zu jedem der Patienten überlegt, inwiefern der Patient als eher ‚schwierig‘ zu führen oder wie anspruchsvoll und zeitintensiv dieser zu behandeln gewesen war und in Schwierigkeitsgrade eingeteilt.¹⁶ 33,9% (65 Patienten) wurden in die Stufe 0 eingeteilt, 34,9% (67 Patienten) in die Stufe 1 dieser Skala. Bei 27% (52 Patienten) war der Verfasser der Ansicht, sie gehörten in die Stufe 2. Insgesamt 4,2% (8 Patienten) wurde als sehr schwierig eingestuft und in die höchste Stufe 3 eingeteilt (Abbildungen 13 und 14).

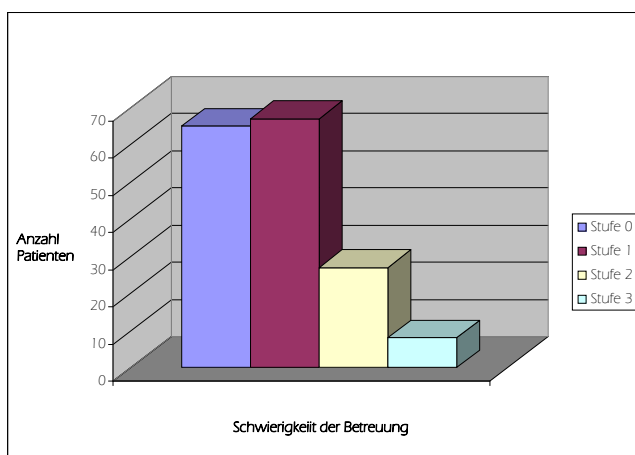


Abbildung 13: Verteilung der Patienten anhand des Schwierigkeitsgrades der therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung

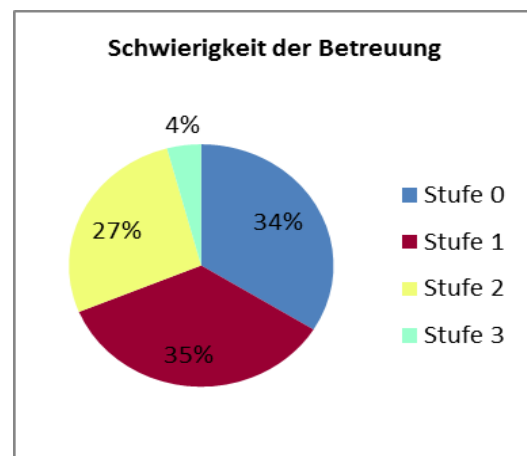


Abbildung 14: Prozentuale Verteilung der Patienten anhand des Schwierigkeitsgrades der therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung

4.2. Patienten mit psychischer Komorbidität

Im Folgenden wird der Fokus der Analyse auf diejenigen Patienten gerichtet, bei welchen sich eine psychiatrische Diagnose fand.

In Analogie zu der Analyse der Patienten im vorhergehenden Kapitel wird auch diese Patientengruppe initial anhand ihrer allgemeinen Charakteristika, den soziokulturellen Parametern, den medizinischen Eckdaten und den weiter gewählten Grössen untersucht und falls auf-

¹⁶ Vgl. die in der Methodik (3. Kapitel) gelisteten Stufen 0 (angenehmer Patient, keine Schwierigkeiten), 1 (leicht vermehrter Erklärungsbedarf und vergrößerter Zeitaufwand in der Betreuung), 2 (unzufriedener Patient, Störung ausserhalb der Sprechstundenzeiten, übermässiger Zeitaufwand) oder 3 (unangenehmer, ausnehmend schwieriger und fordernder Patient, häufige ausserordentliche Telefonate, ausserordentlicher Zeitaufwand, kaum führbarer Patient, hohe subjektive Frustration).

schlussreich in Relation zum oben geprüften Kollektiv oder auch zu einer bestimmten Untergruppe gesetzt werden.

4.2.1. Allgemeine Charakteristika

Von allen Patienten fand sich – wie oben erwähnt – bei insgesamt 72 eine psychiatrische Diagnose, was einem Anteil von 37,5% entspricht.

Davon waren 37 Patienten männlichen Geschlechts (51%) und 35 waren weiblich (49%). Gemäss dieser Geschlechterverteilung kann im Vergleich zum gesamten Kollektiv eine relative Häufung der Frauen bei den Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose angenommen werden bzw. war der hier ausgemachte Frauenanteil um 7% höher als dort. Diese Folgerung lässt sich schliessen, obschon sich der Frauenanteil der Patienten mit psychischer Komorbidität konkret auf nur 49% beläuft, da dieser innerhalb der gesamten untersuchten Gruppe sogar nur 42% ausmachte.

Das Durchschnittsalter dieser Patienten lag bei 46,5 Jahren (\pm 16 Jahre) im Vergleich zu 50 Jahren der Patienten ohne psychiatrische Komorbidität. Somit waren die Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose im Durchschnitt 3,5 Jahre jünger als der Gesamtdurchschnitt.

Auch diese Patienten wurden in verschiedene Altersgruppen eingestuft. Die Einteilung erfolgte analog Kapitel 4.1. in Kohorten von 16-29 Jahren (13 Personen), 30-39 Jahren (7), 40-49 Jahren (21), 50-59 Jahren (12), 60-69 Jahren (12), 70 Jahre und darüber (7). Die Altersverteilung im gesamten Kollektiv wies ein Maximum bei den 40-49 jährigen auf (40 von 192 Patienten, 21%) und die übrigen Altersgruppen waren mit einem Anteil zwischen 15% bis 18% (29 bis 34 von 192 Patienten) relativ gleichmässig vertreten (vgl. Kap. 4.1.1.). Bei den Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose zeigte sich nun, dass der grösste Teil der Personen – mit 29% überproportional hoch – in die Altersgruppe der 40-49 Jährigen fiel und dass die Gruppen der 30-39 sowie über 70-Jährigen prozentual untervertreten waren (Abbildung 15).

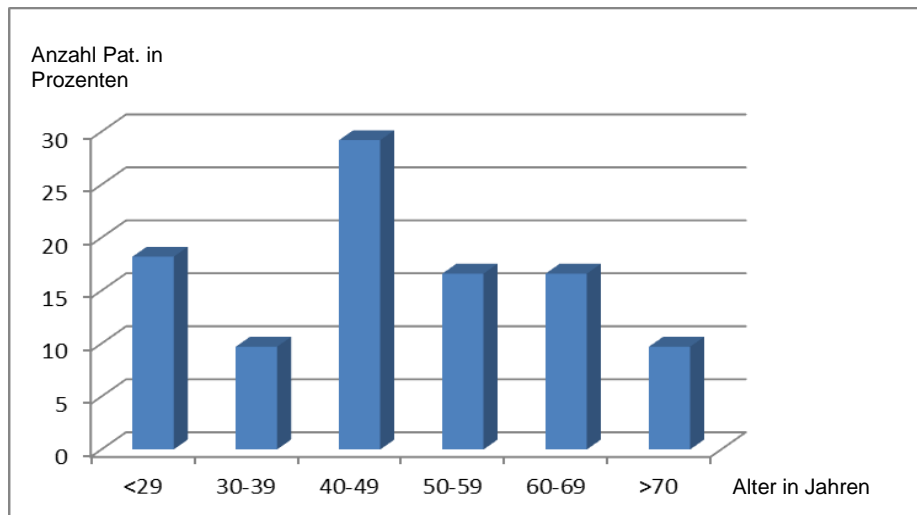


Abbildung 15: Prozentuale Altersgruppenverteilung bei Patienten mit einer psychiatrischen Komorbidität

In Bezug auf die Zuweisungsart ergaben sich die nachstehenden Resultate: 30 Personen (42%) waren Patienten, die kontinuierlich an der medizinischen Poliklinik betreut wurden. 29 Patienten (40%) mit einer psychiatrischen Erkrankung stellten sich selbständig vor. Von den Hausärzten wurden 11 Patienten (15 %) und hausintern 2 Patienten (3%) zugewiesen; diese Verteilung präsentiert sich ähnlich wie bei dem gesamten Kollektiv. Es ist zu erkennen, dass der Anteil der sich selbständig vorstellenden Patienten etwas höher als beim Kollektiv liegt (40% gegenüber 34%).

Indem in der Einleitung zu dieser Arbeit die These formuliert wurde, dass Hausärzte ihre Patienten oft – und nicht zuletzt bei somatoformen und/oder psychiatrischen Störungen – ‚nur‘ zum Ausschluss einer somatischen Erkrankung zu weiteren Abklärungen an die ‚MedPol‘ überweisen würden, könnte man hier nun annehmen, dass es in der vom HA zugewiesenen Patientengruppe eine höhere Prävalenz psychiatrischer Diagnosen gäbe. Dieser Anteil liegt mit 41% und im Vergleich zu den Anteilen der Patienten der Poliklinik (33%) und der konsiliarisch ambulant zugewiesenen (29%) denn auch tatsächlich recht hoch (Abbildung 16). Erstaunlich ist, dass bei den sich selbst vorstellenden Personen bzw. Selbsteinweisungen dieser Anteil mit 44% noch höher liegt. Somit kann man anhand der untersuchten Patienten sagen, dass in diesen beiden Gruppen die Prävalenzrate einer psychiatrischen Diagnose höher ist.

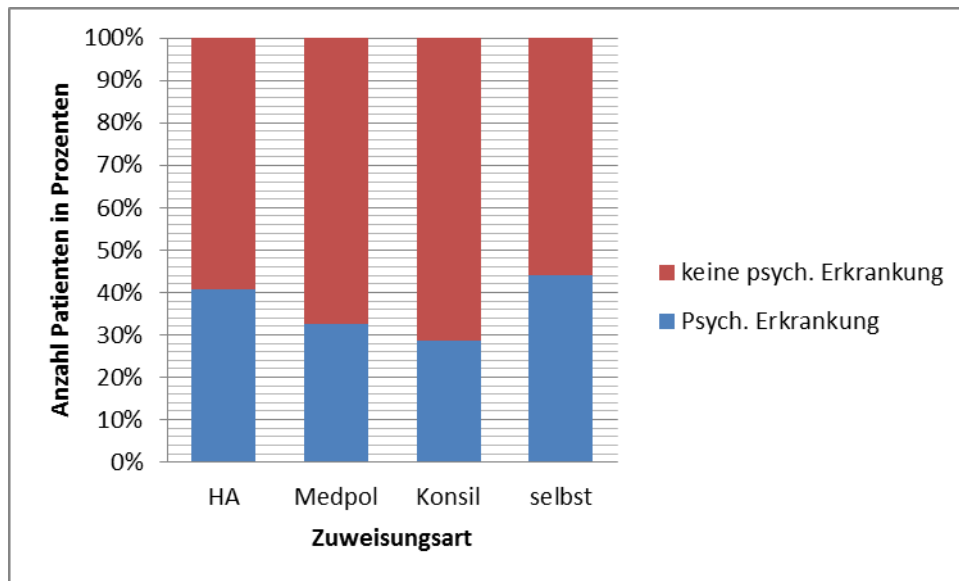


Abbildung 16: Prozentuale Prävalenz einer psychischen Komorbidität aufgeschlüsselt nach der Zuweisungsart

Bei der Betreuungsart wurden von den 129 ausschliesslich durch die Poliklinik betreuten Personen bei 34% (44 Patienten) eine psychiatrische Diagnose gestellt. Bei den durch die Poliklinik und einen weiteren Arzt betreuten 63 Patienten lag dieser Anteil mit 44% (28) höher.

Die Patienten mit einer psychischen Komorbidität zeigten hinsichtlich der Anzahl der Konsultationen folgende Verteilung: 49 Personen wurden zwischen 2- und 4-mal in der Sprechstunde betreut (68%) und 23 Personen (32%) wurden mehr als 4-mal gesehen. Somit erhielten diese Patienten etwas häufiger Konsultationen als das gesamte Kollektiv.¹⁷

4.2.2. Soziokulturelle Aspekte

Bezüglich des Zivilstandes der Patienten mit einer psychiatrischen Komorbidität zeigte sich, dass 23 Patienten (32%) verheiratet waren, der grösste Teil, 33 Patienten (46%), war ledig, 10 Personen (14%) geschieden, 5 (7%) getrennt und bei einer Person (1%) fanden sich keine Angaben. Niemand war verwitwet (Abbildung 17).

¹⁷ Der Anteil der Patienten mit mehr als 4 Konsultationen lag bei allen untersuchten Personen bei 29%.

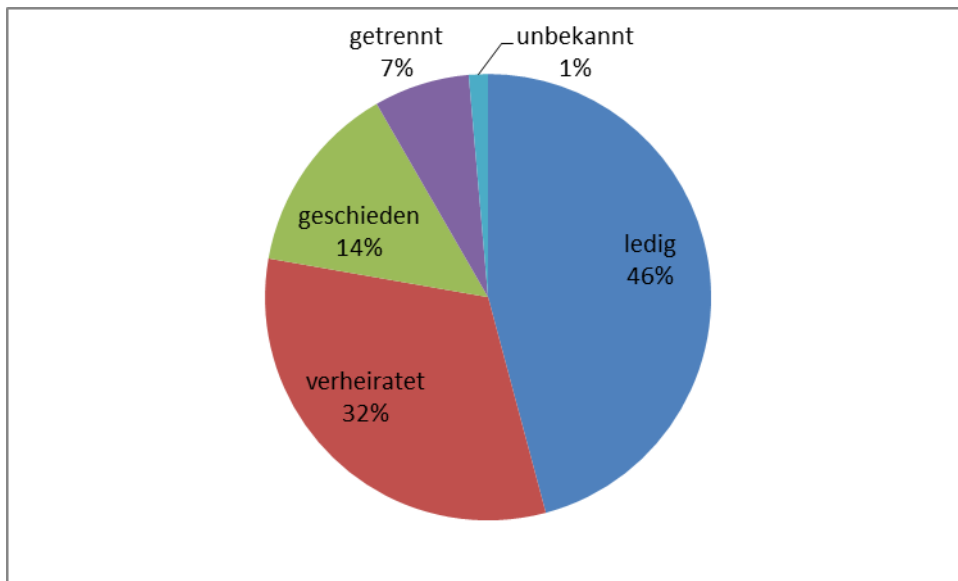


Abbildung 17: Aufteilung der Patienten mit psychiatrischer Komorbidität anhand des Zivilstandes

Mit Blick auf die soziale Einbettung zeigte sich, dass 28 Personen (39%) in einer Familie, 30 Patienten (42%) alleinstehend und 9 Patienten (12%) liiert waren. Andere Lebensformen wie Wohngemeinschaft (1%) oder betreutes Wohnen (3%) lagen bei 3 Patienten vor und bei 2 Personen (3%) war die soziale Einbettung unbekannt (Abbildung 18).

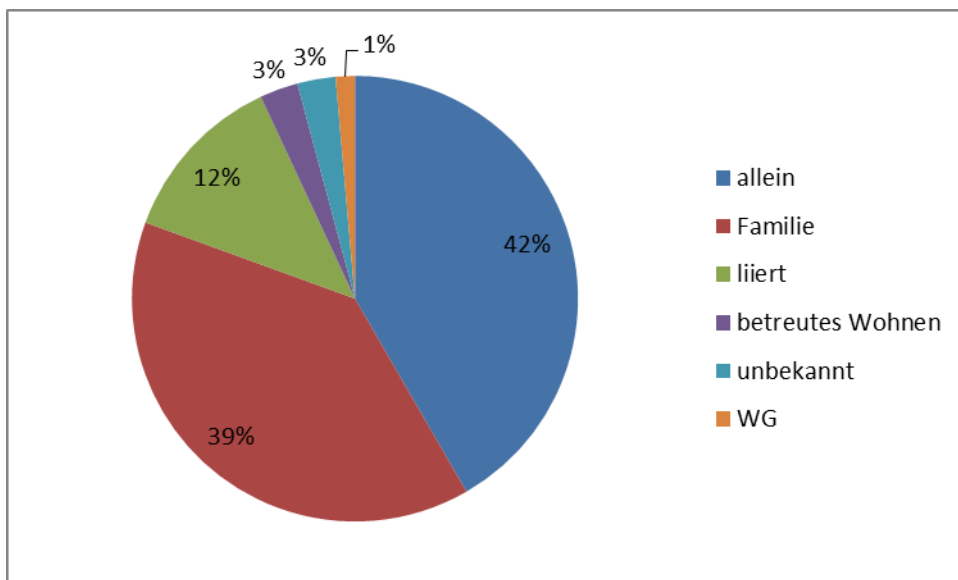


Abbildung 18: Aufteilung der Patienten mit psychiatrischer Komorbidität anhand der sozialen Einbettung

Betreffend des Jobstatus bei den Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose fanden sich die folgende Aufteilungen: 18 Patienten waren angestellt (25%), 8 pensioniert (11%), 20 IV-Rentner (28%), 3 selbständig erwerbend (4%), 11 arbeitslos (15%), 6 Studenten (8%), 3 Hausfrauen (4%), 2 bestritten ihren Lebensunterhalt lediglich durch das Sozialamt (3%) und bei 1 Person (2%) konnten keine Angaben erhoben werden (Abbildung 19).

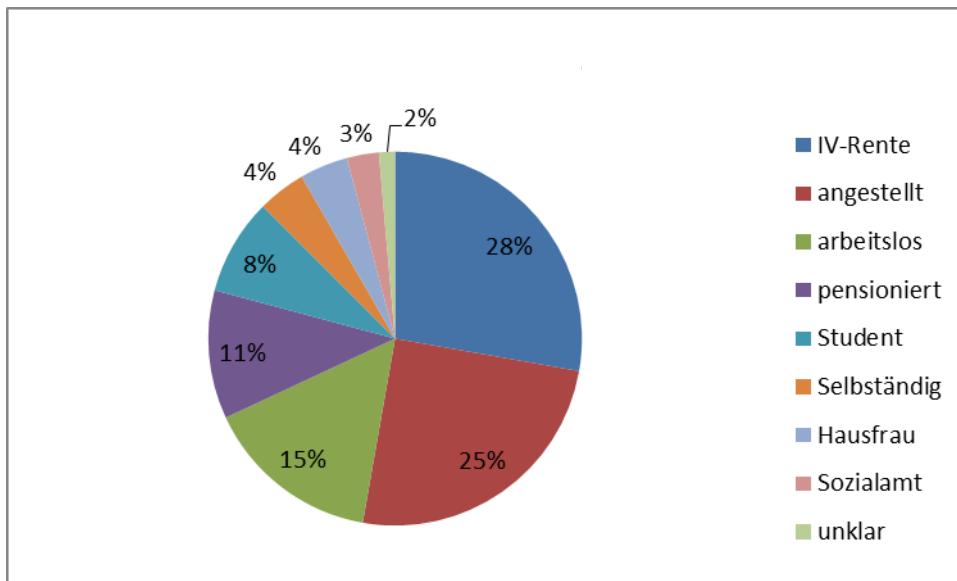


Abbildung 19: Aufteilung der Patienten mit psychiatrischer Komorbidität anhand des Jobstatus

Erstaunlicherweise findet sich in der grössten Subgruppe folgende prozentuale Verteilung: von allen Personen, die ihren Lebensunterhalt mit einer IV-Rente bestritten, litten 91% (wie oben, Kapitel 4.1.2., aufgeführt 20 von total 22 Patienten) unter einer psychischen Erkrankung. Bei den angestellten Personen lag dieser Anteil bei 23% (18 von 77 Patienten) und bei den Arbeitslosen bei 69% (11 von 16 Patienten).

Ethnisch präsentierte sich die Patientengruppe mit einer psychiatrischen Diagnose wie folgt: Bei 55 Patienten handelte es sich um Kaukasier (76%), es fand sich je 1 Schwarzafrikaner (1%) und 1 Nord-Afrikaner (1%), zudem stammten 5 Personen aus dem Mittleren Osten (7%) und 5 Patienten vom indischen Subkontinent (7%). Des Weiteren wurden 2 Südasiaten (3%), 2 Mischlinge (3%) und 1 nicht zuordenbarer Patient (2%) identifiziert. Es fanden sich aber kein Latein- oder Afroamerikaner und ebenso auch keine Ostasiaten.

„Deutsch“ als Muttersprache gaben 35 der Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose an (49%). Tamilisch wurde von 7% (5 Patienten), Italienisch von 3% (2 Patienten) und Türkisch von 6% (4 Patienten) als Muttersprache gesprochen. Die Gruppe „andere Sprachen“ war mit 23 Personen vertreten (32%).

Von allen untersuchten Personen mit deutscher Muttersprache lag demnach der Anteil der Patienten mit einer psychischen Erkrankung bei 40%. Bei den türkisch sprechenden Personen fand sich bei 66% (4 von 6 Patienten) eine psychische Diagnose. Bei den italienisch sprechenden Personen war dieser Anteil viel kleiner, nämlich bei 20% (2 von 10 Patienten). Bei den Deutschkenntnissen in der Gruppe der Patienten mit einer psychischen Erkrankung konnte folgende Zusammensetzung gefunden werden. Sehr gut deutsch wurde von 57% (41 Patienten) gesprochen, 33% (24 Patienten) hatten gute Deutschkenntnisse, bei 7% (5 Patienten) nur wenige und bei 3% (2 Patienten) gar keine Kenntnisse.

Bei der weiteren Untersuchung des Patientenguts mit psychischer Erkrankung hinsichtlich einer allfälligen sozialen Problematik zeigte sich, dass bei nahezu der Hälfte (49%, 35 Patienten) ein derartiges Problem bestand. Über ‚Geldsorgen‘ verfügten hierbei 17 Personen, psychosoziale Stressoren im ‚Bereich der Familie‘ fanden sich bei 7 Patienten. Ebenfalls 7 Individuen beklagten Probleme in Zusammenhang mit dem Beruf. Bei 4 Patienten wurde explizit ein Rentenbegehren angegeben, was in der Gegenüberstellung mit dem Kollektiv bedeutet, dass damit 57% der Personen mit dem Wunsch nach einer IV-Rente ebenfalls unter einer psychischen Erkrankung leiden. Deutlich höher liegt dieser Anteil mit 74% (17 von 23 Patienten) bei den finanziell belasteten Patienten und mit 78% (7 von 9 Patienten) bei denjenigen, die sich durch die familiäre Situation gestresst fühlten. Innerhalb der Gruppe der Kranken mit gleichzeitigen Problemen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz beläuft sich die psychische Komorbidität auf 58% (7 von 12).

Auch bei den psychisch erkrankten Patienten wurde als letzter soziokultureller Aspekt der Migrationshintergrund beleuchtet. Von den 72 Personen mit psychiatrischer Diagnose sind 35 Patienten (49%) nicht aus dem Ausland zugewandert, 12 Patienten (17%) stammten ursprünglich aus einem Kriegs- oder Krisengebiet und bei 12 Personen (17%) gründete der Aufenthalt in der Schweiz auf wirtschaftlichen Überlegungen. Bei 13 Patienten (18%) konnte der Grund für die Migration nicht eruiert werden.

4.2.3. Medizinische Parameter

Im Folgenden werden die anhand der 72 Patienten mit einer psychischen Erkrankung und mit Blick auf die medizinischen Parameter wie die Anzahl der Diagnosen, Verteilung der psychiatrischen Diagnosen usw. errechneten Resultate aufgeführt.

4.2.3.1. Anzahl Diagnosen/Probleme

Bei den Patienten mit einer psychischen Störung zeigte sich hinsichtlich der Verteilung der Zahl der Diagnosen folgendes Bild: im Durchschnitt waren bei den Personen mit einer psychischen Komorbidität 6,1 Diagnosen vorhanden. Im Gegensatz dazu lag diese Zahl bei denjenigen ohne psychische Diagnose bei 5,34 (und beim Kollektiv bei 5,6 vgl. oben Kapitel 4.1.3.1.) (Abbildung 20).

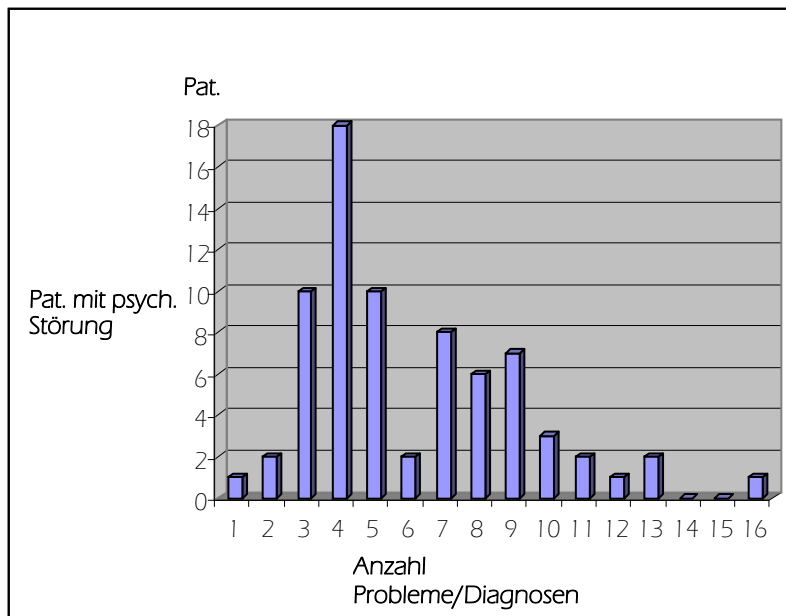


Abbildung 20: Verteilung anhand Anzahl Probleme/Diagnosen bei Patienten mit psychiatrischer Komorbidität

Der grösste Teil verfügte – gleich wie das gesamte Kollektiv – über 4 Diagnosen. Vierundfünfzig Prozent der Patienten mit einer psychischen Erkrankung hatten zwischen 2 und 5 Diagnosen; bei 42% fanden sich im Dokumentationsblatt 7 und mehr Diagnosen.

4.2.3.2. Verteilung der psychiatrischen Diagnosen

Diese psychiatrischen Diagnosen wurden aufgeschlüsselt nach dem ICD-10 Code und deren Einteilung die Hauptklassen F0 bis F9.¹⁸ Da gewisse Patienten mehr als eine psychische Störung aufwiesen, ergab sich hierbei teilweise eine Mehrfachnennung.

Die am häufigsten, nämlich bei 28 Patienten gefundenen psychischen Störungen waren neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD10-Code F4) bei 28 Patienten. Am zweithäufigsten (26 Personen) stiess man auf affektive Störungen (F3) und an dritter Stelle (bei 12 Personen) manifestierten sich Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1). Bei vier Patienten fand sich eine schizophrene Störung (F2), bei 3 Personen eine Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (F6) und je 2 Patienten litten an einer organischen psychischen Störung (F0) oder an einer Intelligenzstörung (F7). Die übrigen Diagnosen (F5 als Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F8, als Entwicklungsstörungen und F9, Verhaltens- und emotionale Störungen seit Kindheit) waren jeweils durch einen Patienten vertreten (Abbildung 21).

¹⁸ Erklärung dazu vgl. weiter oben Kapitel 4.1.3.2.

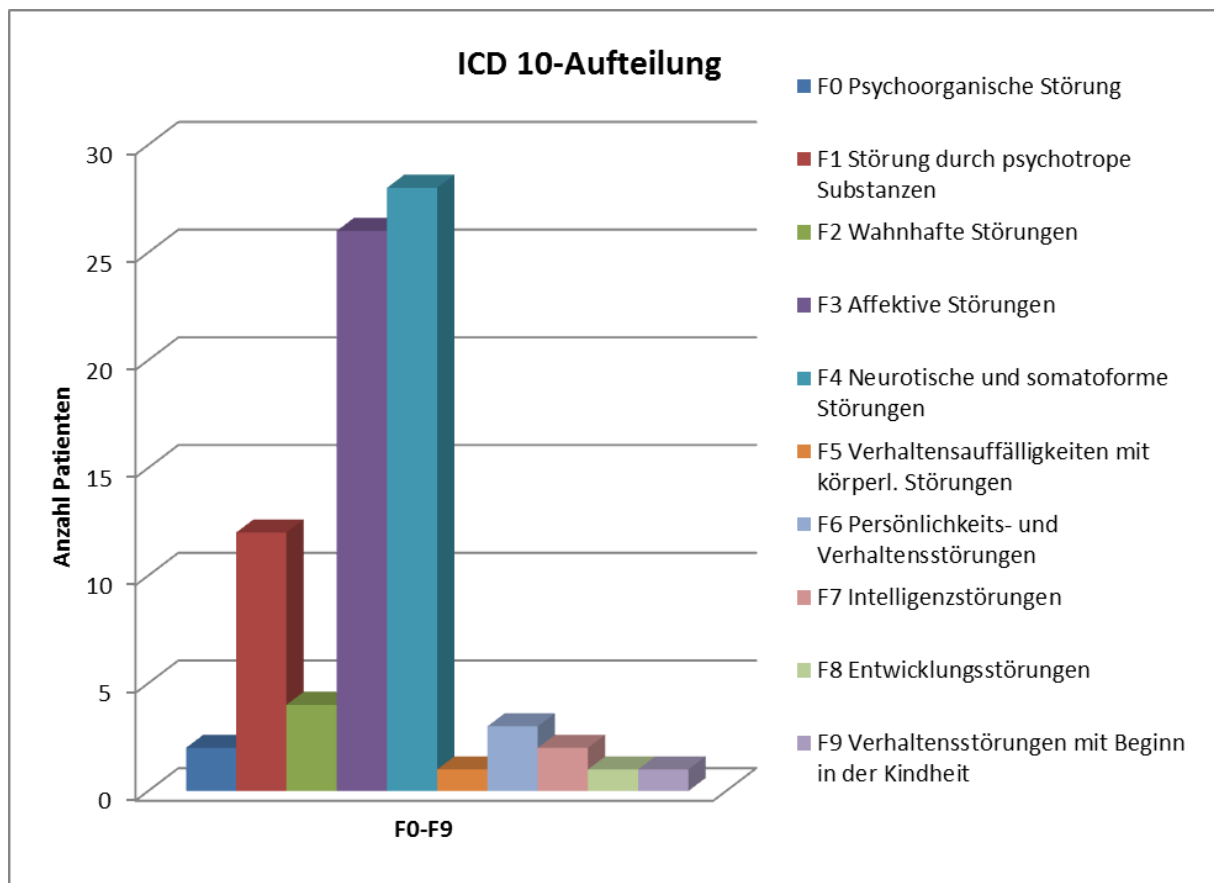


Abbildung 21: Verteilung der psychiatrischen Diagnosen nach ICD 10-Code

4.2.3.3. Arzneimittelverordnung

4.2.3.3.1. Allgemeine Medikation

Im Durchschnitt nahmen die Patienten mit einer psychischen Erkrankung in dieser Studie 3,3 Medikamente ein, gleich viel also wie das gesamte Kollektiv mit 3,3 Medikamenten.

Aufgeteilt anhand der Anzahl der eingenommenen Medikamente ergaben sich bei den Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose folgende Zahlen:

9 Patienten (13%) gaben an, keinerlei Medikamente einzunehmen. 28 Personen (39%) nahmen zwischen 1-3 Medikamenten ein. Bei 24 Patienten (33%) fanden sich zwischen 4-6 Arzneimittel, bei 8 Patienten (11%) zwischen 7-9 und bei 3 Patienten (4%) wurden mehr als 9 Medikamente eingenommen. Damit wird ersichtlich, dass im Vergleich zum untersuchten Kollektiv die Kohorten 1-3 und 4-6 Arzneien hier etwas grösser ausfallen. Interessant ist auch die Tatsache, dass 13% der Patienten mit psychischer Erkrankung kein Medikament zu sich nahmen, was – da dieser Anteil im gesamten Kollektiv bei 23% lag – zugleich bedeutet, dass ein grösserer Teil psychisch Kranker eine Arznei zu sich nahm.

4.2.3.3.2. Psychopharmaka Therapie

Von dem untersuchten Kollektiv nahmen 150 Personen (78%) keine Psychopharmaka ein, wobei 42 Patienten (22%) unter einer solchen Medikation standen. Siebenunddreissig von diesen 42 Personen zählen dabei zu den Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose. Da 24 dieser Personen ein, 6 zwei, 4 drei und 3 vier psychotrope Mittel einnahmen, wird ein Patient unter Umständen in mehreren Substanzklassen gelistet. Fünfundzwanzig Patienten wurden mittels Antidepressiva therapiert (68%) und insgesamt 9 Personen (24%) erhielten Neuroleptika. Fünfzehn Patienten (41%) nahmen Tranquilizer/Benzodiazepine ein, Stimulantien wurden von zwei Patienten und Phasenprophylaktika (Lithium) von einer Person konsumiert.

Insgesamt nahmen 35 Individuen (49%) mit einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung keine Psychopharmaka ein.

4.2.3.4 Psychiatrische Betreuung

Auch bei den Personen mit einer psychiatrischen Komorbidität wurde natürlich untersucht, ob während des Beobachtungszeitraums in irgendeiner Art ein Kontakt mit einem Psychiater stattfand. Von den 72 Patienten mit psychiatrischer Erkrankung wurden 18 (25%) ambulant psychiatrisch betreut. Bei 9 Patienten (13%) wurde ein Konsil durchgeführt. 4 Personen wurden für ein Konsilium angemeldet und haben dieses nicht besucht, was interessanterweise die gleiche Zahl wie weiter oben beim Kollektiv beziffert (vgl. Kapitel 4.1.3.4.), was bedeutet, dass all diese Patienten, die eine psychiatrische Beurteilung ablehnten, zugleich psychisch erkrankt waren. Ebenso zeigt sich hier, dass bei allen innerhalb der gesamten untersuchten Gruppe eruierten 4 Personen, die ein psychiatrisches Konsilium ablehnten, dennoch eine psychiatrische Diagnose vorlag. Bei den übrigen 37 Patienten (51%) wurde weder eine Konsil initiiert noch wurden die entsprechenden Personen durch einen Psychiater betreut, obwohl sie psychisch erkrankt waren. Das heisst, von diesen 37 Patienten wurden 24 ausschliesslich durch die medizinische Poliklinik und 13 Personen zusätzlich durch einen niedergelassenen Hausarzt betreut.

Unter Annahme, dass diese genannten 37 Patienten einen Mehraufwand in der Betreuung auf der ‚MedPol‘ nach sich zogen, wurden dieselben noch einmal gesondert mittels des ICD-10 Code spezifiziert. Zwei Patienten dieser Subgruppe litten an einer psychoorganischen Störung (F0). Sechs Patienten wiesen eine Störung im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen auf (F1). Drei Personen litten an einer schizophrenen Störung (F2). Neun Patienten beklagten eine affektive Störung (F3). Der grösste Teil aber litt an einer somatoformen, neurotischen Störung (F4), nämlich 16 Personen. Je eine Person litt an einer Persönlichkeitsstörung (F6) und an einer Intelligenzstörung (F7) (Abbildungen 22 und 23).

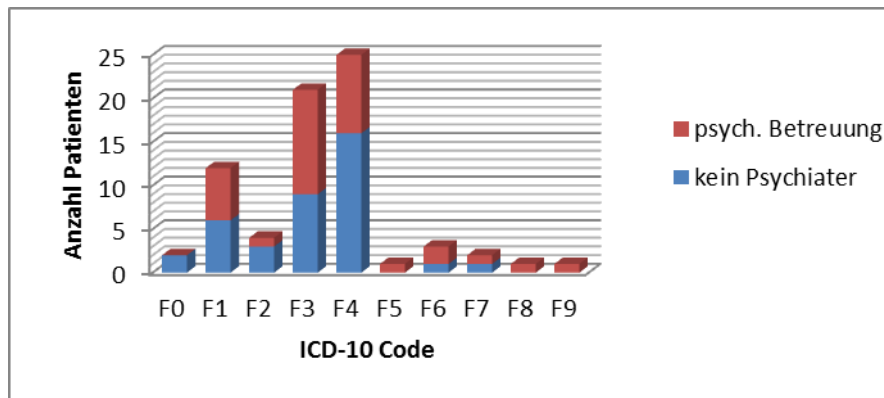


Abbildung 22: Psychiatrische Betreuung aufgeteilt nach ICD-10 Code

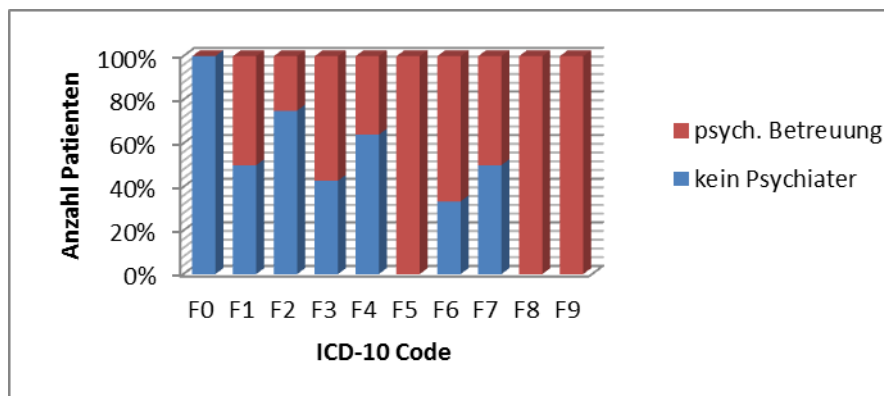


Abbildung 23: Prozentuale Verteilung der psychiatrischen Betreuung nach ICD-10 Code

Bei der Prozentualen Verteilung ist ersichtlich, dass Patienten mit einer psychoorganischen Störung (F0) nur durch die medizinische Poliklinik betreut wurden (Abbildung 23).

4.2.4. Weitere Parameter

4.2.4.1. ‚Fatigue‘

Von den Personen mit einer psychischen Diagnose klagten im Verlauf der Beurteilungsperiode insgesamt 73,6% (53) über ‚Fatigue‘, wo hingegen innerhalb aller untersuchten Patienten mit 57,8% deutlich weniger Patienten an einem derartigen Erschöpfungszustand litten (vgl. Kapitel 4.1.4.1.). Patienten ohne psychische Störung gaben mit 48,3% (58 Patienten) sogar noch weniger an, an einer derartigen Müdigkeit zu leiden.

Von den 53 Patienten, die an ‚Fatigue‘ litten, konnte lediglich bei 4 Personen ein somatischer Grund für das Vorliegen von Müdigkeit gefunden werden, was bedeutet, dass 49 von 72 psychisch erkrankten Patienten diese Symptomatik ohne eine mögliche körperliche Erklärung aufwiesen.

Patienten, die eine affektive Störung (26 mit ICD-Code F3 im Sinne eines depressiven Syndroms) – eine mögliche Differentialdiagnose bei Angabe von ‚Fatigue‘ – zeigten, gaben in

81% (21 Patienten) der Fälle auch an, sich übermässig müde zu fühlen. Bei 19% (5 Patienten) manifestierte sich kein derartiges Symptom.

4.2.4.2. ‚Worried about health‘

Personen, die von einer übermässigen Sorge um die eigene Gesundheit geplagt wurden, verfügten in 38,5% der Fälle (54 von 140) auch über eine psychische Störung; bei den ‚Nicht-Besorgten‘ fand sich in 34,7% (18 von 52) eine psychische Störung.

Umgekehrt fühlten sich die Patienten mit einer psychischen Komorbidität in 75% (54) der Fälle auch ängstlich bezüglich des eigenen Gesundheitszustands. Nur ein Viertel der Patienten (18) waren ‚not worried‘.

Bei den Patienten mit einer F4-Diagnose (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) lag der Anteil der Besorgten bei 93% (26 von 28 Patienten) und bei den 12 Patienten mit einer Störung durch psychotrope Substanzen (F1) bei 33% (4 von 12 Patienten).

4.2.4.3. ‚Hidden agenda‘

Bei dem Kollektiv mit einer psychiatrischen Diagnose zeigte sich bei 68 Personen kein Hinweis auf eine ‚hidden agenda‘ (94%). Bei den restlichen 4 Patienten (6%) war ein verborgenes Motiv für die Arztkonsultation vorhanden. Damit existierte bei allen Patienten mit einem initial verborgenen Motiv als Konsultationsgrund in 40% (4 von 10) eine psychische Komorbidität. Bei zwei von diesen Personen wurde im Verlauf der Betreuung der Wunsch nach einer Abklärung einer sexuell übertragbaren Erkrankung vorgetragen.

4.2.4.4. ‚Malcompliance‘

Bei 53% (38) der Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose wurde im Verlauf der Behandlung das Phänomen der ‚Malcompliance‘ attestiert.

Von den 37 Patienten mit einer Psychopharmaka Therapie wurde bei 59% (22 Patienten) eine ‚Malcompliance‘ konstatiert. Diese Personen nahmen im Schnitt 5,6 verschiedene Medikamente ein.

Es zeigte sich bei höherer Anzahl der Medikation auch ein höherer Anteil von ‚Malcompliance‘. Patienten mit einem bis drei verschiedenen Medikamenten waren in 45% (5 von 11 Pat.) der Fälle nicht ‚compliant‘. Bei denen mit 4-6 Medikamenten lag dieser Anteil bei 59% (10 von 17 Pat.) und bei denjenigen mit 7-9 Medikamenten bei 83% (5 von 6 Patienten). Bei der Gruppe mit über 9 verschiedenen Medikamenten (3 Patienten) waren 2 ‚malcompliant‘ (67%) (Abbildung 24 und 25).

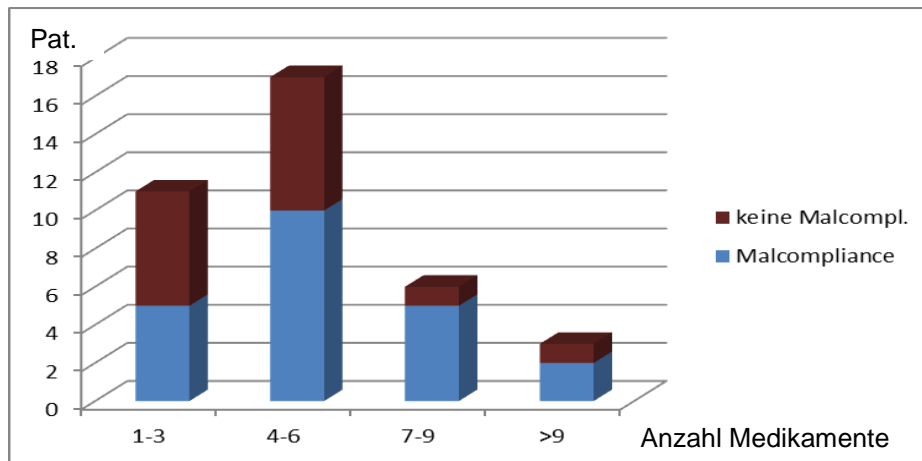


Abbildung 24: Anteil von ‚Malcompliance‘ nach Menge eingenommener Medikamente

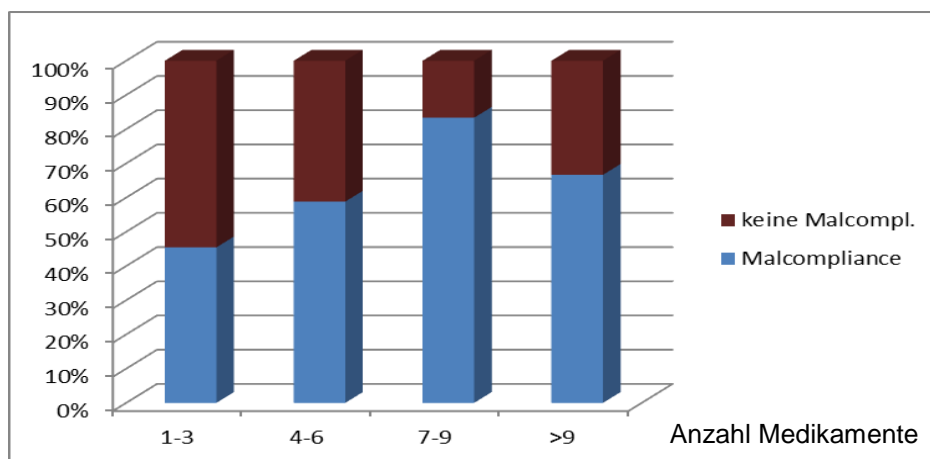


Abbildung 25: Prozentuale Verteilung der ‚Malcompliance‘ nach Menge eingenommener Medikamente

4.2.4.5. Überziehen der Sprechstundenzeiten

54% (39) der Patienten mit einer psychischen Erkrankung überzogen regelmässig die ausgemachten Sprechstundenzeiten.

Die Prävalenz der psychischen Erkrankungen bei den Patienten, die regelmässig die Sprechstundenzeiten überzogen, konnte mit 67% (39 von insgesamt 58 Patienten) der Fälle beziffert werden. Umgekehrt präsentierte sich der Anteil psychisch Erkrankter in der Gruppe, die die Sprechstundenzeiten einhielt, bei lediglich 24.6% (33 von 134 Patienten).

4.2.4.6. Arzt – Patient – Beziehung

Wenn man die weiter oben (Kapitel 4.1.4.6.) eingeführte Schwierigkeitsskala des Verfassers nun auch auf die Gruppe der Patienten mit einer psychischen Komorbidität anwendet, zeigt sich folgendes Bild:

Die Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose wurden zu 96% als schwierig zu führen beurteilt. Lediglich 3 Patienten (4%) wurden als nicht schwierig eingestuft. 26 Patienten (36%) wurden zu der ersten Stufe, 36 Patienten (50%) zu der Stufe 2 gezählt. Sieben Patienten

ten (10%) wurden als überaus mühsam beurteilt. Der Vergleich zu den Patienten ohne psychiatrische Diagnose ist in der folgenden Abbildung dargestellt (Abbildung 26).

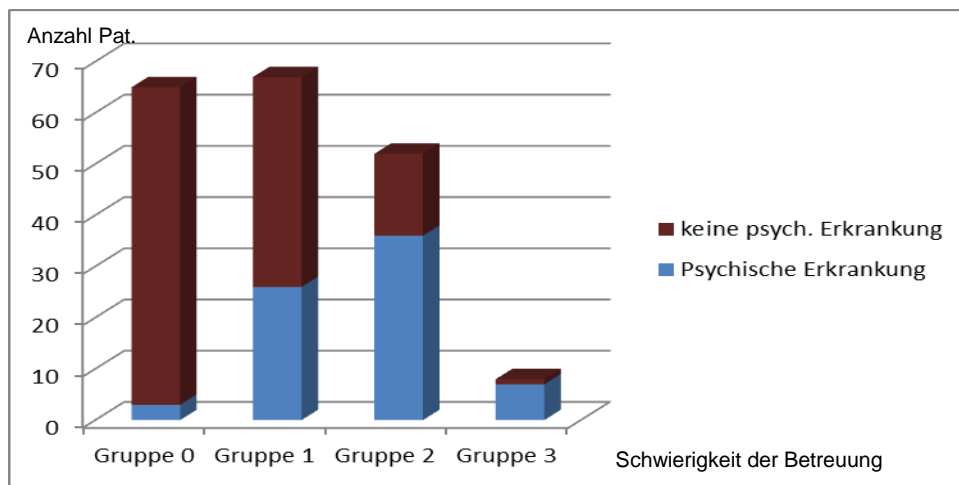


Abbildung 26: Anzahl der Patienten nach Schwierigkeitsgrad der therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung und Anteil mit psychischer Komorbidität

Die vier Gruppen wurden hinsichtlich der Prävalenz von psychischen Störungen aufgeschlüsselt. Es zeigt sich, dass bei höherer Einteilung in der Skala die Häufigkeit von psychischen Störungen ebenfalls zunimmt. So leiden in der Gruppe 0 lediglich 4,6% (3 von 65), in der Gruppe 1 38,8% (26 von 67), in der Gruppe 2 69,2% (36 von 52) und in der Gruppe 3 87,5% (7 von 8) der Patienten an einer psychischen Erkrankung (Abbildung 27).

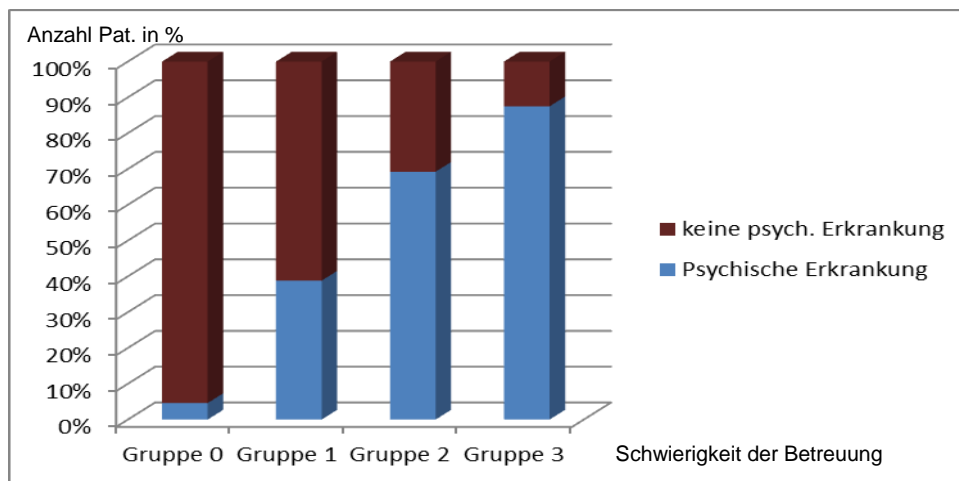


Abbildung 27: Prozentuale Verteilung der psychiatrischen Patienten nach Schwierigkeitsgrad der therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung

5. Diskussion

In Analogie zu der Datenerhebung und der Aufstellung der Resultate in den Kapiteln 4 und 5 sollen nun die dort errechneten Untersuchungsergebnisse vergleichend diskutiert werden. Wo möglich, werden zugleich Parallelen zur Fachliteratur angezeigt, um die erhobenen Daten besser gewichten und daraus allenfalls mögliche verallgemeinernde Erkenntnisse schliessen zu können.

5.1. Relationen von allgemeinen Charakteristika zu psychischer Komorbidität

Gemäss der untersuchten Verteilung des Geschlechts konnte bei den Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose eine relative Häufung von Frauen festgestellt werden – dies bestätigen auch die in der Fachliteratur aufgeführten entsprechenden Daten im In- und Ausland (4, 7, 10, 13) – und im Durchschnitt waren diese Patienten auch 2,5 Jahre jünger als der Gesamtdurchschnitt der untersuchten Kranken. Die Altersverteilung im gesamten Kollektiv und noch deutlicher in der Gruppe der psychisch Erkrankten wies ein Maximum bei den 40-49-Jährigen auf.

Bei der Zuweisungsart zeigte sich, dass der Anteil der von Hausärzten und internen Kliniken ambulant zugewiesenen Patienten im Verhältnis zum Anteil der kontinuierlich an der ‚Med-Pol‘ betreuten und der sich selber vorstellenden Gruppen eher klein ausfiel.

Interessanterweise lag nicht nur innerhalb der Gruppe der Hausarztzuweisungen, sondern auch in der Abteilung der sich selbst Einweisenden die Prävalenzrate einer psychischen Komorbidität jeweils bei über 40% und damit deutlich höher als in den beiden anderen Gruppen. In der Gruppe der Selbsteinweisenden fand sich mit 44% sogar der höchste Anteil an psychischer Komorbidität. Das könnte einerseits darin begründet sein, dass Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung häufiger ärztliche Konsultationen benötigen, andererseits auch darin, dass durch die fehlende Vor-Dokumentation die Abklärungen und die Diagnosestellung durch den Verfasser dieser Arbeit unvoreingenommener waren und somit eher auch ein mögliches psychiatrisches Leiden in Betracht gezogen wurde.

Bezüglich der Konsultationshäufigkeit zeigte sich, dass Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose etwas häufiger Konsultationen erhielten, wie das auch in der Sekundärliteratur beschrieben wird (14-16).

5.2. Soziokulturelle Aspekte und Relationen zu psychischer Komorbidität

In Bezug auf den Zivilstand in der Gruppe mit psychiatrischer Komorbidität machten die ledigen Personen den grössten Teil aus. Auffallend war auch die Tatsache, dass keine Person

mit einer psychiatrischen Komorbidität verwitwet war. Die Anteile der übrigen Gruppen waren prozentual in etwa gleich wie im Gesamtkollektiv verteilt.

Der Anteil der allein Lebenden war in der Gruppe mit psychischer Krankheit deutlich höher als in der Gesamtheit aller untersuchten Patienten und umgekehrt zeigten sich mehr Personen aus dem gesamten Kollektiv familiär eingebettet. Die Verteilung der anderen Lebensformen wie Wohngemeinschaft, betreutes Wohnen oder Partnerschaft waren in etwa gleich gross. Patienten mit psychiatrischer Diagnose leben demzufolge eher alleine. Ob man daraus schliessen kann, dass alleine Wohnen ein Risiko für das Erkranken an einer psychischen Krankheit darstellt oder aber als Folge davon häufiger vorhanden war, kann anhand dieser Erhebung freilich nicht beurteilt werden.

Hinsichtlich des Jobstatus fielen die Anteile der selbständig Erwerbenden, der Angestellten und der Pensionierten mit einer psychischen Erkrankung viel kleiner aus als im Gesamtkollektiv. Umgekehrt waren bei den IV-Bezüglern und den Arbeitslosen die Anteile an psychischer Komorbidität mit über 90% bzw. 69% der Fälle deutlich erhöht. Im Gegensatz dazu ist die Prävalenz einer psychiatrischen Diagnose in der Gruppe der Angestellten lediglich 23%. Das widerspiegelt die Tatsache, dass sich der Anteil psychischer Erkrankungen bei den IV-Bezüglern hoch und kontinuierlich ansteigend darstellt (17) und war in den letzten Jahren auch oft ein (teils tendenziöses) Thema in den öffentlichen Medien und der Parteipolitik der Schweiz. Eine psychische Erkrankung kann einerseits als Grund oder andererseits als mögliche Folge der Arbeitslosigkeit begriffen werden bzw. lässt sich damit auch ein grösserer Anteil psychischer Komorbidität bei den Arbeitslosen erklären. Nun könnte man aber auch argumentieren, dass Angestellte oder selbständig Erwerbende insgesamt weniger erkranken und weniger ärztliche Untersuchungen in Anspruch nehmen, so dass diese prozentual untervertreten wären; mit einem Vergleich mit den Zahlen des Gesamtkollektivs lässt sich dieser Verdacht jedoch entkräften.

Bei der Analyse nach der Ethnie ergab sich folgendes Bild: der Anteil der Kaukasier blieb in der Gruppe mit psychiatrischer Erkrankung mit ca. $\frac{3}{4}$ aller Patienten in etwa gleich wie beim Gesamtkollektiv (71%). Der Anteil der Personen aus dem mittleren Osten hingegen war in der Gruppe mit psychischer Erkrankung mit 7% gegenüber 4% erhöht. Aufgrund der Studienanlage lässt sich nicht eruieren, ob es sich hierbei nicht nur um eine zufällige Häufung handelt und man daraus schliessen könnte, dass Personen aus dem Mittleren Osten (Türkei, naher Osten usw.) häufiger an psychiatrischen Krankheiten leiden. Spannend ist auch die Erkenntnis, dass doch ein beträchtlicher Anteil (18%) aller untersuchten Personen vom indischen Subkontinent stammt, dieser Anteil mit 7% bei den Patienten mit psychischer Diagnose aber deutlich geringer ausfällt; hier liesse sich wahrscheinlich eher eine Tendenz ausmachen.

Eine deutsche Muttersprache sprechen innerhalb des gesamten Kollektivs etwa gleich viele Patienten wie innerhalb der Gruppe mit psychiatrischer Diagnose. Die Splittung bei den übrigen Sprachen entspricht in etwa der Verteilung der ethnischen Zugehörigkeit. Wenn man die Prävalenz psychischer Komorbidität innerhalb der ‚Sprachgruppen‘ betrachtet, lag diese bei der Muttersprache Deutsch bei 40%, also leicht über der Gesamtprävalenz von 37,5%. Bei den Türkisch sprechenden Personen lag dieser Anteil bei 66%. Ob hier allerdings anhand dieser kleinen Anzahl Türkisch sprechender Personen auf eine tatsächliche Häufung psychiatrischer Erkrankungen geschlossen werden darf, kann anhand dieser Datenanalyse nicht verifiziert werden.

Aufgefallen ist weiter, dass Personen mit italienischer Muttersprache mit nur 20% deutlich unter dem Durchschnitt von 37,5% psychisch Erkrankten lagen. Auch hier ist aber aufgrund der geringen Anzahl italienisch sprechender Patienten eine Verallgemeinerung nicht möglich. Ein denkbarer Grund für diese tiefe Zahl könnte sein, dass bei der Verteilung der Patienten auf die Assistenzärzte der medizinischen Poliklinik auf die Muttersprache Rücksicht genommen wird und dass deshalb diese Patienten häufiger bei einem Assistenzarzt eingeteilt wurden, welcher auch italienisch spricht.

Zu einer möglichen Prüfung der Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient wurde in der vorliegenden Studie auch die deutsche Sprachkompetenz genauer untersucht. Bei den Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose konnten im Vergleich ähnlich verteilte Deutschkenntnisse wie beim Kollektiv gefunden werden, ausser einer leichten Erhöhung der Anteile derer, die sehr gut und gut Deutsch sprachen. Daraus könnte man schliessen, dass die Prävalenz einer psychiatrischen Diagnose mit der Kenntnis der gesprochenen Sprache zusammenhängt. Ohne die Möglichkeit seine Gedanken und Gefühle sprachlich und verständlich ausdrücken zu können, ist auch die Diagnostik einer psychiatrischen Erkrankung massiv behindert, respektive das Erstellen einer psychiatrischen Verdachtsdiagnose und deren Bestätigung erschwert.¹⁹ Auf der anderen Seite kann auch fehlende Integration bei Migranten zu psychischen Erkrankungen wie Anpassungsstörungen und Depressionen führen. Stehende Begriffe wie Migrationspsychiatrie oder allgemeiner ‚transkulturelle Psychiatrie‘²⁰ zeigen, dass es zwischen Migration und den begleitenden Aspekten wie Sprachkompetenz eine Korrelation zum Vorliegen psychischer Morbidität gibt respektive angenommen wird (18). In dieser Untersuchung findet sich aber keine Häufung psychischer Störungen bei Patienten mit fehlender deutscher Sprachkompetenz bzw. keine solche Korrelation.

¹⁹ Bei einigen Personen mit keinerlei deutscher Sprachkompetenz wurde mit Hilfe von Dolmetschern, am meisten aus dem direkten sozialen Umfeld wie Familie und Freunde, versucht, die Patienten zu explorieren und mit ihnen auch die Untersuchungsergebnisse und den Therapieplan zu besprechen. Ausnehmend schwierig gestalteten sich solche Gespräche bei Anwesenheit eines Dolmetschers aus dem familiären Kreis, wenn eine mögliche psychische Erkrankung oder Abklärung nötig gewesen wäre. Es wurde aber vom Verfasser nie ein neutraler Übersetzer organisiert, wie dies beispielsweise bei den Psychiatern gang und gäbe ist.

²⁰ Die transkulturelle Psychiatrie ist der Zweig der Psychiatrie, der sich mit den kulturellen Aspekten der Ätiologie, der Häufigkeit und Art geistiger Erkrankungen sowie mit der Behandlung und Nachbehandlung der Krankheiten innerhalb einer gegebenen Einheit (wie Migranten) befasst, www.de.wikipedia.org.

Man konnte sehen, dass im gesamten Kollektiv von den Patienten mit sozialen Problemen (27%) diejenigen mit finanziellen Sorgen vorherrschten. Am zweithäufigsten fanden sich Stressoren im Zusammenhang mit dem Beruf und danach familiäre Probleme. Die Prävalenz an einer psychiatrischen Erkrankung zu leiden lag bei den Patienten mit irgendeiner sozialen Problematik bei 67%. Man kann erkennen, dass soziale Probleme in der Patientengruppe mit psychischer Komorbidität gehäuft vorkommen. Dieser Zusammenhang kann in dieser Arbeit am häufigsten bei den Patienten mit familiären Problemen und ‚Geldsorgen‘ gemacht werden. Diese Zusammenhänge wurden vermutet und können somit bestätigt werden. Belastende soziale Angelegenheiten werden zwar verbreiteter bei Patienten mit psychischer Erkrankung angesprochen, sind diesen aber nicht vorbehalten. Insgesamt wird der Assistenzarzt im ‚MedPol‘-Alltag bei jedem vierten Patienten mit einem sozialen Problem konfrontiert. Bei den Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung fand sich ein gleich grosser Anteil ohne Migrationshintergrund (48%) wie im Gesamtkollektiv, womit hier (wie bereits oben im Zusammenhang der Deutschkenntnissen erwähnt) kein wesentlicher Unterschied ausgemacht werden kann. Unerwarteterweise wies aber der grössere Teil aller betreuten Patienten (52%) einen Migrationshintergrund auf. Bei einem Ausländeranteil von 22% in der Schweiz gemäss Bundesamt für Statistik, ist dieser Anteil doch beträchtlich. Dies könnte mit einer gewissen Unkenntnis des schweizerischen Gesundheitssystems der Zuwanderer erklärt werden. Viele zugewanderte Personen stellen sich bei Erkrankung nicht etwa bei einem niedergelassenen Arzt vor, sondern suchen direkt in einer öffentlichen Institution wie etwa dem Universitätsspital eine ärztliche Leistung zu erhalten und daher würden sich auch Patienten mit Migrationshintergrund öfter an die medizinische Poliklinik wenden. Der Verdacht, dass Patienten mit Migrationshintergrund zu psychischer Komorbidität neigen, kann aber nicht bestätigt werden. Allenfalls könnte aufgrund der unterschiedlichen kulturellen Hintergründe die Arzt – Patienten – Beziehung schwieriger zu gestalten sein (vgl. weiter unten).

5.3. Relevanz der medizinischen Parameter

Die durchschnittliche Anzahl Diagnosen lag mit 6,1 Problemen bei den Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung um knapp eine Diagnose/Problem höher als bei den Patienten ohne psychiatrische Komorbidität, welche im Schnitt ‚lediglich‘ 5,34 Diagnosen pro Patient aufwiesen. Man kann daraus zum einen ersehen, dass Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose polymorbide sind; in der Tat liegt nämlich auch der Anteil der Patienten mit sieben und mehr Diagnosen beim ganzen Kollektiv bei 34% und bei den Patienten mit psychiatrischer Erkrankung bei höheren 42%. Diese Multimorbidität und der Zusammenhang mit psychischer Morbidität wird auch in der Literatur beschrieben (19). Zum anderen lässt sich an dieser Stelle aber auch gut feststellen, dass es sich auf der ‚MedPol‘ doch um ein ausge-

sprochen polymorbides Patientengut handelt bzw. der dort behandelnde Arzt meist mit einer hohen Zahl gleichzeitig bestehender medizinischen Problemen pro Patient konfrontiert ist.

Entgegen den zu Beginn der Arbeit geäusserten Erwartungen konnte aber bei den untersuchten Patienten lediglich bei insgesamt 37,5% eine psychiatrische Diagnose mit entsprechenden ICD-10 Codes gefunden werden. Die initiale, subjektive Einschätzung, dass der grösste Teil der ‚MedPol‘-Patienten eine psychische Störung aufweist, konnte somit nicht bestätigt werden.

Aufgrund der spärlichen Datenlage fällt ein diesbezüglicher Vergleich zu der nationalen und internationalen Situation nicht leicht. So sind die Erhebungen des schweizerischen Gesundheitsobservatorium (2) zwar aufschlussreich und auch getätigte Schätzungen, die von einem 25-40 prozentigen Anteil psychischer Störungen bei Patienten in einem hausärztlichen Setting ausgehen, sehr spannend, insgesamt ist aber die Vergleichbarkeit derartiger Daten aus der Fachliteratur mit der hier vorliegenden Untersuchung meist nicht gegeben; entweder fand nämlich die Erhebung der Daten nur in Arztpraxen statt oder die Art der Erfassung der psychischen Diagnosen stimmte nicht mit der hier vorliegenden überein.

International wiederum zeigt sich kein einheitlicher Trend: in einer Studie aus Holland beispielsweise wurde eine Prävalenz psychischer Erkrankungen von 42,5% entdeckt (9). In einer Studie aus Spanien liegt der Anteil psychiatrischer Erkrankungen mit 53,6% sogar noch höher (20). Hingegen fand sich in einer Untersuchung aus Deutschland bei 48% der Patienten eine psychische Störung, wobei bei dieser Erhebung der Anteil der praktizierenden Ärzte mit einer psychosozialen Ausbildung bei 75% lag und dadurch vielleicht ein Selektionsbias vorliegen könnte (13). In Frankreich fand sich in einer aktuellen Studie bei Allgemeinpraktikern ein Anteil von 22% mit einer psychiatrischen Erkrankung (3). Im Vergleich mit den Angaben in der Literatur kann man aber für die vorliegende Arbeit dennoch festhalten, dass man sich im Vergleich zum umliegenden Europa im durchschnittlichen Bereich bewegt. Bei dieser Studie wurden die psychischen Störungen nicht prospektiv anhand von Fragebögen oder Diagnosen Kriterien gesucht, sondern lediglich anhand der Dokumentation in der Krankengeschichte als retrospektiv vorhandene psychischen Diagnosen betrachtet. Aufgrund dieses Studiendesigns könnte die hier resultierte Detektion psychischer Störungen auch zu gering ausgefallen sein. In der Literatur hingegen wurden bei den Patienten mittels Fragebögen oft prospektive Studien durchgeführt, was eine höhere Detektionsrate psychischer Erkrankung vermuten lässt. Bei der vorliegenden Arbeit wurde die Diagnose einer psychischen Störung durch den Verfasser oder durch ein Konsilium bei einem Psychiater gestellt. Das bedeutet, dass allenfalls eine psychischen Störung/Komorbidität bei einem Patienten trotz Vorliegen nicht erkannt wurde und somit auch keinen Eingang in diese Untersuchung fand.

Am häufigsten lagen mit einem Anteil von 39% psychische Störungen von neurotischer oder somatoformer Art (F4-Diagnosen) vor. Affektive Störungen (F3-Diagnosen) waren mit 36%

am zweithäufigsten anzutreffen. Im Vergleich mit dem OBSAN Bulletin 01/2010 (2), welches einen guten Überblick über die Verteilung psychiatrischer Diagnosen in den schweizerischen Arztpraxen bietet, erkennt man im Patientengut der medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich damit einen höheren Anteil von somatoformen und neurotischen Störungen. Innerhalb der vorliegenden Studie kann jedoch keine Erklärung für das gehäufte Auftreten geleistet werden.

Der Frauenanteil bei den F4-Diagnosen lag bei 54% und bei den F3-Diagnosen lediglich bei 46%. In der OBSAN-Studie (2) war der Anteil der Frauen an den F3-Diagnosen 62%. Ebenso zeigte sich in der OBSAN-Untersuchung ein insgesamt grösserer Frauenanteil bezüglich aller psychischen Erkrankungen. Dieses Resultat deckt sich auch mit den Erhebungen aus Europa, in welchen bei Frauen häufiger psychische Diagnosen festgestellt werden konnten (8, 12-13, 20). Der verminderte bzw. veränderte Geschlechteranteil der betroffenen Diagnosen in der vorliegenden Datenanalyse könnte durch die Geschlechterverteilung des gesamten Kollektivs, in welchem mehr männliche Patienten vorhanden waren, erklärt werden. Zudem widerspiegelt sich darin auch eine andere Zusammensetzung der Patienten an der Poliklinik an sich; eine abschliessende Diskussion wäre aber sicher erst mit Hilfe weiterer und anders angelegten Studien zu führen. Bei den Patienten mit psychiatrischer Komorbidität lag bei 17% eine Störung durch psychotrope Substanzen vor. Bei diesen Störungen gab es prozentual mehr Männer (58%) als Frauen (42%), was auch im OBSAN-Bericht (2) festgestellt worden war und somit nicht überrascht.

Bei der medikamentösen Therapie fiel als erstes eine breit verteilte Anzahl verabreichter Arzneimittel, welche von keinem Medikament (23%) bis zu über 9 verschiedene Medikamente reichte, auf. Durchschnittlich nahmen sowohl die gesamte untersuchte Gruppe als auch die Patienten mit einer psychiatrischen Komorbidität 3,3 Medikamente ein. Betrachtete man die Medikation mit psychotropen Wirkstoffen alleine, zeigte sich, dass bei 78% aller untersuchten Patienten keine Medikation mit einem Psychopharmakon bestand. Bei den 42 Personen mit einer Psychopharmaka Therapie ergaben sich folgende prozentuale Aufteilungen. Den grössten Anteil mit 62% der Patienten machten die Antidepressiva aus. Im Schweiz weiten Vergleich (2) liegt dieser Anteil höher, denn dort wurde bei den durch einen Allgemeinmediziner verschriebenen Antidepressiva ein 42%-iger Anteil und bei den durch einen Psychiater verordneten Antidepressiva ein Anteil von 49% gefunden. An zweiter Stelle folgten die Tranquilizer mit 36%, was ebenfalls über dem gesamtschweizerischen Mittel von 31% bei den Allgemeinmedizinern liegt (2). An dritter Stelle standen dann die Antipsychotika, die von 21% der untersuchten Population regelmässig eingenommen wurden. Auch dieser Anteil liegt in der Schweiz tiefer, bei den Allgemeinmedizinern bei 8% und bei den durch einen Psychiater verschriebenen Medikamenten bei 19% (2).

Insgesamt zeigt sich damit ein im Vergleich zu den in den schweizerischen Arztpraxen verschriebenen Psychopharmaka anderes Verteilungsmuster und dass auf der medizinischen Poliklinik der Universitätsspitals häufiger psychiatrische Medikamente als im schweizerischen Durchschnitt eingenommen werden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang weiter, dass bei den Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose fast die Hälfte, nämlich 49%, keine psychiatrischen Arzneien einnahmen; in dieser Patientengruppe waren Diagnosen von F0 bis F6 vorhanden, womit nicht jeder Patient eine notwendige adäquate medikamentöse Therapie erhielt, insbesondere diejenigen mit einer affektiven Störung und Depression (F3).

Von den 72 Patienten mit einer psychischen Erkrankung wurden nur 1/4 von einem externen Psychiater betreut und bei 18% wurde während der Betreuung vom Verfasser ein psychiatrisches Konsilium geplant. Aber mehr als die Hälfte (45 Patienten) wurden ohne fachärztliche Mitbetreuung behandelt. Davon wurden wiederum 30 Patienten alleine durch die Poliklinik und keinen zusätzlichen Hausarzt geleitet. Wenn man das gesamte Patientengut betrachtet, erhielten 9% eine psychiatrische Betreuung und wurde bei 9% ein Konsil vorgeschlagen. Wird weiter die Gruppe der Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose mit alleiniger Betreuung durch den Verfasser gesondert betrachtet, sieht man, dass diese Personen grösstenteils an einer somatoformen-neurotischen Störung (47%) litten, gefolgt von affektiven Störungen (30%) und danach von Störungen durch psychotrope Substanzen (13%). Selbst wenn bei diesen Patienten die psychiatrische Diagnose nur als Komorbidität vorlag, wird damit meines Erachtens doch sehr gut ersichtlich, dass man als Assistenzarzt auf der medizinischen Poliklinik mit dem Fach der Psychiatrie einige Erfahrung macht, insbesondere wenn gewisse Patienten lediglich durch die ‚MedPol‘ betreut werden. Hier könnte man monieren, dass der betreuende Assistenzarzt, allenfalls ungeübt im Umgang mit solchen Patienten, diese auch zur Beurteilung und Behandlung weiterweisen könnte, doch die Bereitschaft der Patienten sich in psychiatrische Therapie zu begeben war, wie weiter oben gesehen, des Öfteren nicht sehr ausgeprägt bzw. bedarf es eines beträchtlichen Mehraufwands die Patienten von der Notwendigkeit einer konsiliarischen Untersuchung bei einem Psychiater zu überzeugen. Ich bin der Meinung, dass diese beiden Faktoren wohl als Gründe für die tiefe Anzahl psychiatrischer Konsilien herbeigezogen werden können; desweitem bedarf aber nicht jede manifeste psychische Störung, wie beispielsweise eine milde Depression oder somatoforme Störung, eine psychiatrische Betreuung und/oder eine spezifische medikamentöse Therapie.

5.4. Psychische Komorbidität in Kombination mit weiteren Parametern

Bei den weiteren Parametern, mit derer Hilfe der Verfasser hoffte, allenfalls Zusammenhänge mit psychischen Erkrankungen oder schwieriger Arzt – Patient – Beziehungen darstellen zu können, ergaben sich in der Tat einige interessante Resultate. So gaben mehr als die Hälfte aller Patienten an, an einer ausserordentlichen Erschöpfung und Müdigkeit zu leiden. Bei den Patienten mit psychischer Komorbidität lag der Anteil der Personen mit ‚Fatigue‘ gar bei 74%; mit 51% lag in dieser Gruppe der Frauenanteil höher als im Gesamtkollektiv (43%), was aber auch mit der Geschlechteraufteilung beider Gruppen korrelierte. Bei den 26 Personen mit einer affektiven Störung, wozu hauptsächlich die Depression zählt, äusserten 81% das Symptom von übermässiger Müdigkeit. Daraus lässt sich ableiten, dass das Symptom der ‚Fatigue‘ zwar quasi geschlechtsneutral, aber doch sehr häufig vorkommt. Zudem fand sich bei einem grossen Teil der Betroffenen kein Kausalzusammenhang mit einem somatischen oder objektivierbaren Befund. Wenn man bedenkt, dass dieses Symptom die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränkt (8), kann das gerade bei Patienten mit einem mechanistischen Weltbild auch zu einem Vertrauensverlust gegenüber dem Arzt führen, da dieser ‚keine‘ Diagnose stellen kann und in der Folge könnte das Arzt – Patienten – Verhältnis belastet werden. Umgekehrt kann es auch beim Arzt negative Emotionen hervorrufen, wenn er die Erwartungen des Patienten spürbar nicht erfüllen kann und auch dies könnte dann als weiterer Verstärker zu einer schwierigen Interaktion zwischen Arzt und Patient beitragen.

Die übermässige Besorgnis um die eigene Gesundheit und damit auch ein möglicher Grund für die Vorstellung in der Sprechstunde waren ebenfalls häufig anzutreffen. Dreundsiebzig Prozent der Patienten waren überaus besorgt, was den eigenen Gesundheitszustand betraf. Einundvierzig Prozent davon waren Frauen und 59% waren Männer und auch hier kann im Vergleich mit allen Patienten kein geschlechtsspezifisches Übergewicht festgestellt werden. Setzt man den Parameter ‚worried about health‘ in Bezug zu der Zuweisungsart, könnte man annehmen, dass die Patienten, die sich selbst vorstellten, zu einem höheren Anteil übersteigerte Sorge um die Gesundheit äusserten. Es zeigte sich aber, dass diejenigen Kranken am meisten besorgt waren, die vom Hausarzt zugewiesen wurden (23 von 27 Patienten, 85%). ‚Erst‘ an zweiter Stelle, mit aber immerhin immer noch 80%-igem Anteil (53 von 66 Patienten) fanden sich dann doch die Selbstzuweisenden.

Die Anteile bei den Patienten mit einer psychischen Erkrankung waren mit denen aller Patienten vergleichbar. Aber in Bezug auf einzelne Diagnosen zeigte sich, dass beispielsweise Patienten mit einer somatoformen-neurotischen Störung in 93% der Fälle auch äusserst besorgt um ihr gesundheitliches Befinden waren. Bei den Patienten mit einer Störung durch psychotrope Substanzen (F1) lag dieser Anteil nur bei 33%. Dies lässt sich zum einen sicher anhand des Krankheitsverständnisses und der Beurteilung der eigenen Gesundheit erklären;

Patienten, die in schädlicher Weise Gebrauch von psychotropen Substanzen machen, sind sich dabei oftmals nicht über deren Krankheitswerte und deren negativen Auswirkungen auf den eigenen Organismus bewusst. Zum anderen ist die Angst um die Gesundheit bei den Patienten mit einer somatoformen Störung natürlich gross, da diese bereits ein Kriterium für die Diagnosestellung dieser Krankheit darstellt. Zwar kann keine Korrelation zwischen diesen Symptomen und dem vermehrten Auftreten einer psychischen Komorbidität hergestellt werden, aber dieser Parameter kann ähnlich wie die ‚Fatigue‘-Symptomatik die Beziehung zwischen Arzt und Patient stören, indem es dem Arzt zum Beispiel nahezu unmöglich ist, derartige Ängste des Kranken zerstreuen zu können und damit auf eine erschwerte Betreuungssituation weisen.

Nur ein kleiner Prozentsatz (5,2%) aller Patienten wies als Intention, einen Arzt aufzusuchen, ein primär verborgenes Motiv auf. Dieses Resultat kann, unter Annahme, dass sich Patienten schlussendlich kundtun möchten, mit dem Setting an der Poliklinik erklärt werden; denn natürlich waren die Fragestellungen, welche die Hausarztzuweisungen und die hausinternen Überweisungen begleiteten, bereits formuliert. Ebenso war es nicht weiter erstaunlich, dass sich bei der Übernahme von Patienten der medizinischen Poliklinik bei vorgegebener Problemstellung nicht unbedingt eine sogenannte ‚hidden agenda‘ manifestieren würde. Demzufolge liess sich also am ehesten bei den Selbstzuweisenden ein initial verborgenes Motiv als Konsultationsgrund erwarten. Mit lediglich 6% (4 von 66) und damit nur 1% höher als für das Kollektiv errechnet, scheint diese These jedoch vernachlässigbar. Der häufigste Grund für eine ‚hidden agenda‘ war die Angst vor einer möglichen Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung, welche die Patienten oft nicht bei der Terminvergabe mit der Sekretärin ‚besprechen‘ wollten. Bei diesem Parameter konnte eine 40%-ige Prävalenzrate für eine psychische Komorbidität festgestellt werden.

Die Untersuchung der ‚Compliance‘ zeigte, dass bei 35,4% aller untersuchten Personen eine ‚Malcompliance‘ vorlag. Bei den Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung lag dieser Anteil bei 53% und damit deutlich höher. Insgesamt war bei den konsiliarisch Zugewiesenen und bei den Patientenübernahmen der medizinischen Poliklinik der Anteil der ‚malcomplianten‘ Patienten (43% respektive 37%) grösser als bei den vom Hausarzt überwiesenen Patienten (33%) oder bei denen, die sich selbst zuwiesen (33%). Ebenso waren schlechte Deutschkenntnisse auch mit einem höheren Anteil von ‚Malcompliance‘ assoziiert.

Zu einem hohen Prozentsatz ‚malcompliant‘ (59%) waren Patienten, die unter einer Psychopharmaka Therapie standen; ein zum Teil erschreckend hoher Anteil von ‚Malcompliance‘ zeigte sich dabei zusätzlich in Verbindung mit einer höherer Anzahl eingenommener Medikamente. Im höchsten Mass ‚malcompliant‘ (83%) waren nämlich diejenigen psychopharmazeutisch therapierten Kranken, die eine zwischen 7-9 Medikamente konsumierten. Wenn man bedenkt, dass Psychopharmaka aufgrund ihrer psychotropen Effekte oft unerwünschte

Nebenwirkungen zeigen und weiter auch Interaktionen und Einnahmefehler bei einer Medikamentenanzahl von über 6 Mitteln kaum mehr zu vermeiden sind, ist hier eine ‚Malcompliance‘ der betroffenen Person denkbar ungünstig.

‚Malcompliance‘, so kann man konstatieren, ist bei jedem dritten Patienten ein Problem und bei denjenigen mit psychiatrischer Diagnose, schlechteren Deutschkenntnissen und zunehmender Anzahl zu schluckender Medikamente noch zu einem höheren Anteil. Bei diesem Parameter kann damit nun ein Zusammenhang zum Vorliegen psychischer Komorbidität hergestellt werden und zusätzlich hat die ‚Compliance‘ auch einen grossen Einfluss auf die Beurteilung des Patienten als ‚schwierig‘.

30% der untersuchten Patienten überschritten regelmässig die für sie reservierte Sprechstundenzeit. Davon waren 57% Männer und 43% Frauen, was anteilmässig der Geschlechterverteilung des Gesamtkollektivs entspricht. Die durchschnittliche Anzahl Diagnosen lag bei den Personen, welche die Sprechstundenzeiten nicht einhielten bei 6,8 pro Patient und damit höher als der Durchschnitt. Diese Patienten hatten aber nicht nur mehr Diagnosen, sondern nahmen durchschnittlich mit 4,4 Arzneien auch mindestens ein Medikament mehr als das untersuchte Kollektiv ein. Die Prävalenz einer psychiatrischen Diagnose bei denjenigen, die die Sprechstundenzeit nicht einhielten, lag bei 67%. Somit manifestiert sich bei diesem Parameter zwar kein Geschlechterunterschied aber eine deutliche Korrelation sowohl zur Existenz einer psychischen Komorbidität als auch zu einer höheren Anzahl Medikamente und allgemeiner Diagnosen. Da bei fast jedem dritten Patienten die Konsultationszeit überschritten wurde, hatte dies auch einen grossen direkten Einfluss auf die Beurteilung einer schwierigen Betreuungssituation und die Frustration des Arztes. Natürlich könnte man hierbei beanstanden, dass der Arzt während der Sprechstunde ja keine unbeteiligtes Gegenüber figuriert und dem Patienten genaue Angaben über die verbleibende Zeit machen könnte; dies ist tatsächlich nicht immer effektiv, kann aber als Vorwurf dennoch nicht vollständig ausgeräumt werden.

Die Patienten wurden gemäss dem subjektiven Befinden des Verfassers nach dem Schwierigkeitsgrad der Betreuung unterteilt. Lediglich 34% aller Patienten wurden dabei als ‚nicht schwierig‘ beurteilt bzw. 66% wurden als gleichsam ‚Schwierige‘ empfunden; 4,2% wurden dabei gar in die Gruppe der ‚enorm Schwierigen‘ eingeteilt. Bei den Patienten mit einer psychischen Erkrankung lag der Anteil der als schwierig zu betreuen Eingestuft bei 96%. Nur gerade 4% der Personen mit einer psychischen Komorbidität wurden damit während der Behandlung als nicht schwierig angesehen. Wenn man im gesamten Kollektiv und innerhalb der jeweilig bestimmten Schwierigkeitsstufen nach der Häufigkeit einer psychischen Erkrankung sucht, findet man mit höherer Einstufung auch eine höhere Prävalenz. Bei den Patienten der Gruppe 3 findet sich bei 87,5% eine psychiatrische Erkrankung, bereits die Gruppe 1 mit 38,8% und die Gruppe 2 mit 69% lagen über dem Gesamt-Durchschnitt.

Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose werden somit als schwieriger zu betreuen eingestuft. Die Einteilung der Patienten nach Schwierigkeit in der Arzt – Patienten – Beziehung, wurde vom Verfasser ohne spezifische Kriterien vorgenommen und geschah, wie bereits mehrmals erwähnt, subjektiv. Im Vergleich mit der Literatur, falls überhaupt möglich, fand sich in der vorliegenden Abhandlung nun interessanterweise ein viel höherer Anteil an schwierigen Patienten; dort wurde zur Charakterisierung ‚schwieriger Patienten‘ von keinen einheitlichen Kriterien Gebrauch gemacht, aber es kamen dennoch teils Fragebögen zum Einsatz (1). In Studien mit einem Fragebogen liess sich ein Anteil ‚schwieriger Patienten‘ von gegen 15% ausmachen (20). Dort zeigte sich, dass ‚schwierige Patienten‘ eher eine psychische (speziell somatoforme) Störung und mehr Symptome aufwiesen, eher Frauen waren und häufiger auch an depressiven Störungen litten. Resultate also, wie sie auch für das vorliegende Patientengut der ‚MedPol‘ angefallen waren. Auch wurden dort wie hier Patienten mit Charakteristika wie ‚Malcompliance‘, häufiges Überziehen der Sprechstundenzeiten, aggressives Verhalten, Verständigungsprobleme sowie Patienten, die mit den Erklärungen des Arztes nicht einverstanden waren, häufiger als ‚schwierig‘ betitelt. Zudem zeigte sich in diesen Studien, dass auch Faktoren seitens des Arztes die Beurteilung der Schwierigkeit im Umgang mit einem Patienten beeinflussen können. Hierbei sind zu nennen: Abneigung gegenüber dem Patienten und dessen sozialen Umständen; wenig Erfahrung im Umgang mit psychosozialen Problemen; die eher biomedizinisch-geprägte Ausbildung; wenig ausgeprägte Fähigkeiten in psychiatrischen Belangen als Arzt mit fehlenden entsprechenden Erfahrungen und Weiterbildungen; Überarbeitung des Arztes. All diese Faktoren führen dazu, dass Patienten mit Problemen biomedizinischer Art (Pneumonie, Herzinfarkt, Arterielle Hypertonie usw.) als einfacher zu betreuen beurteilt werden, da in einem solchen Fall die Diagnose und die Behandlung des Problems meist auch einfacher ist, als bei Patienten ohne behandelbare Ursache wie beispielsweise ‚Fatigue‘ ohne somatische Ursache.

6. Konklusion

In dieser Arbeit stellte sich heraus, dass bei weniger als der Hälfte des untersuchten Patientenkollektivs auf der medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich, welche durch den Verfasser betreut wurden, eine psychische Störung vorlag. Zwar könnte man behaupten, dass aufgrund der mangelnden Erfahrungen im Bereich der Psychiatrie des Verfassers bei vielen keine psychische Störung diagnostiziert wurde, obschon eine solche existent gewesen wäre. Die niedrige Prävalenz lässt sich aber eher aus der Studienanlage erklären, in welcher eine psychiatrische Diagnose/Komorbidität retrospektiv und nicht mittels eines den Patienten im Vorfeld ausgehändigten validierten Fragebogens erfasst wurde.

Aus der tendenziellen Verallgemeinerung der vorliegenden Daten lässt sich aber darlegen, dass ein grosser Teil der Patienten der ‚MedPol‘ Charakteristika aufweisen, die dem Arzt einen Umgang mit ihnen erschweren. Jeder dritte Patient leidet an einer psychischen Erkrankung. Mehr als die Hälfte aller Personen haben einen Migrationshintergrund. Siebenundzwanzig Prozent haben ein nennenswertes soziales Problem. Zudem verfügt ein Grossteil der Kranken über mehr als eine Diagnose und eine Polypharmazie ist bei 16% der Patienten nachzuweisen. Siebenundvierzig Prozent beklagen eine Müdigkeit ohne einen somatischen Grund und 35% der Patienten sind ‚malcompliant‘. Obschon also die Prävalenz psychischer Störungen bei den ‚MedPol- Patienten als nicht übermässig hoch einzuschätzen ist und bestimmt auch unter den Erwartungen liegt, stellen diese Patienten hohe Anforderungen an den betreuenden Assistenzarzt.

Weiter kann man festhalten, dass Patienten mit psychischer Erkrankung häufiger Frauen und jünger waren, den Arzt häufiger konsultierten, in der Hälfte der Fälle ein soziales Problem hatten, polymorbid waren, durchschnittlich ein Medikament mehr einnahmen, in 51% der Fälle nicht fachärztlich psychiatrisch begleitet wurden, vermehrt an ‚Fatigue‘ ohne somatische Erklärung litten und zusätzlich weniger ‚compliant‘ waren (59%). Sie konnten zudem in 54% der Fälle nicht in der vorgegeben Zeit behandelt werden und in 96% der Fälle wurden sie vom behandelnden Arzt als schwierig empfunden.

Dass sich ein Patientenschicksal mit allen sozialen und normalpsychologischen bis psychopathologischen Aspekten nicht in einer Diagnoseliste festmachen lässt, scheint klar. Daher ist die alleinige Suche nach einer psychischen Komorbidität wahrscheinlich auch zu wenig genau.

Die Verallgemeinerung, dass die Patienten an einer medizinischen Poliklinik oft psychische Störungen haben, ist sehr wahrscheinlich nicht korrekt und entspringt einer wahrscheinlich undifferenzierten Sichtweise von Assistenzärzten mit insgesamt zu wenig klinischer Erfahrung im Umgang mit psychosozialen Problemen. Am ehesten handelt es sich um eine Fehlinterpretation und die Aussage müsste dahingehend verändert werden, dass sich die Be-

betreuung der ‚MedPol‘-Patienten einerseits aufgrund eines nicht unerheblichen Anteils an Patienten mit psychischer Komorbidität mit allen implizierten Fallstricken und andererseits durch Patienten ohne psychische Komorbidität aber mit zahlreichen sozialen Problemen, häufiger ‚Fatigue‘ ohne somatische Erklärung oder mit ‚Malcompliance‘ behaftet, wohl doch eher schwierig gestaltet und an den behandelnden Arzt erhöhte Anforderungen stellt.

Das Bewusstsein der mitbetreuenden Ärzteschaft um diese Tatsachen entspringt eher der eigenen Unzufriedenheit und Frustration im Umgang mit ‚schwierigen Patienten‘ als dem Wissen um die hier aufgeführten Resultate. Um freilich zusätzliche verallgemeinernde Aussagen machen zu können, bedürfte es unbedingt weiterer Untersuchung mit grösserem Patientengut bzw. würden Arbeiten mit einem anderen Studiendesign, insbesondere prospektive Studien benötigt. Dennoch könnte man, wie mit der Einführung einer Balintgruppe zum Teil auch bereits geschehen, die Fähigkeiten der Assistenten im Umgang mit psychischer Komorbidität und in der beeinflussenden Interaktionen innerhalb der Arzt – Patienten – Beziehung aufgrund der vorliegenden Resultate bereits heute mit gezielten Weiterbildungen im Bereich der Psychosomatik und allenfalls mit Supervisionen positiv beeinflussen, was wiederum auch die Betreuung der ‚schwierigen Patienten‘ erfreulicher im Sinne von befriedigender gestalten könnte. Weiter wäre in diesem Zusammenhang auch die Rolle der Kaderärzte zu diskutieren, welche bis dato die Betreuung der Patienten durch die Assistenten vornehmlich hinsichtlich somatischen, bio-medizinischen Fragen begleiten und dies zukünftig auch auf eine Unterstützung der therapeutischen Beziehung im psychosozialen Sinn ausweiten könnten.

Natürlich stellt insbesondere aus Assistentensicht eine derartige Belastungsprobe im Umgang mit ‚schwierigen Patienten‘ – das sei zum Schluss unbedingt noch erwähnt – auch einen grossen Nutzen für die weitere berufliche Laufbahn dar und dies umso mehr, falls sie, wie hier vorgeschlagen, problemorientiert begleitet würde. In diesem Sinne möchte ich diese Studie mit einem Zitat von C. G. Jung beschliessen: „Man versteht in der Psychologie überhaupt nur, was man erlebt hat.“

7. Limitation

Ganz allgemein gilt es an dieser Stelle festzuhalten, dass die Aussagen der hier analysierten Daten nur unzureichend generalisiert werden können.

Das untersuchte Patientenkollektiv kann, da es sich nur um direkt betreute Patienten des Verfassers handelte, nicht als repräsentativ für alle Patienten der medizinischen Poliklinik angesehen werden. Auch die geringe Anzahl der untersuchten Patienten sowie die Studienanlage als retrospektive Analyse führen zu Einschränkungen bei der Interpretation der Daten. Desweitem wurden einzelne Parameter anhand rein subjektiver Kriterien des Verfassers erhoben.

Um verlässlichere Aussagen in Bezug auf psychische Komorbidität bei den Patienten machen zu können, wären hierzu weiterführende, gross angelegte und prospektive Analysen notwendig, in welchen mit rein objektiv nachvollziehbaren Parametern das Patientengut der medizinischen Poliklinik untersucht würde.

8. Literaturverzeichnis

1. www.uptodate.com, Fortin H, Dwamena FC, Smith RC; the difficult patient encounter.
2. Dreyer, G. & Schuler, D. (2010), Psychiatrische Diagnosen und Psychopharmaka in Arztpraxen der Schweiz (OBSAN Bulletin 1/2010), Neuchâtel: Schweizer Gesundheitsobservatorium.
3. Benchmarking the burden of 100 diseases: results of a nationwide representative survey within general practices; BMJ Open. 2011; 1(2), Published online 2011 November 14.
4. Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung: Konsum von Antidepressiva in den letzten 7 Tagen, nach Geschlecht und Alter 2007, in % der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren.
5. Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung: Beruhigungsmittelkonsum in den letzten 7 Tagen, nach Geschlecht und Alter 2007, in % der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren.
6. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Nationaler Gesundheitsbericht, Gesundheit in der Schweiz 2008, Kurzfassung.
7. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R.; Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med. 2004 May;34(4):597-611.
8. Mark Linzer, Robert Spitzer, Kurt Kroenke, MD, Janet B. Williams, Steven Hahn, MD, David Brody, MD, Frank de Gruy, MD: Gender, Quality of Life, and Mental Disorders in Primary Care: Results From the PRIME-MD 1000 Study; The American Journal of Medicine November 1996; Volume 101.
9. M. Anseaua,*, M. Dierickb, F. Buntinkxc, P. Cnockaertd, J. De Smedte, M. Van Den Haute, D. Vander Mijnsbrugge; High prevalence of mental disorders in primary care; Journal of Affective Disorders 78 (2004) 49–55.
10. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. Encephale. 2009 Dec;35(6):560-9.
11. Diminić-Lisica I, Francisković T, Janović S, Popović B, Klarić M, Nemčić-Moro I. Comorbid chronic diseases in depressed and non-depressed patients in family practice. Psychiatr Danub. 2010 Jun;22(2):236-40.
12. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM, Leris JM, Idáñez D, Arnal S.; Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. Int J Geriatr Psychiatry. 2008 Sep;23(9):915-21.
13. Gertraud Hanel, Peter Henningsen, Wolfgang Herzog, Nina Sauer, Rainer Schaefer, Joachim Szecsenyi, Bernd Löw: Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study Journal of Psychosomatic Research Volume 67, Issue 3, September 2009, Pages 189-197.
14. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. Med Care. 2001;39(7):705.
15. Creed F, Barsky A; A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. J Psychosom Res. 2004;56(4):391.
16. S. Ferrari a G.M. Galeazzi a A. Mackinnon b M. Rigatelli; Frequent Attenders in Primary Care: Impact of Medical, Psychiatric and Psychosomatic Diagnoses; Psychother Psychosom 2008;77:306–314.
17. IV-Statistik 2010, Herausgegeben vom Bundesamt für Sozialversicherungen; Bereich Statistik.
18. Wittig U, Merbach M, Siefen RG, Brähler E.; Complaints and health care system utilisation of ethnic German migrants from the former Soviet Union to Germany and their families; Gesundheitswesen. 2004 Feb;66(2):85-92.

19. Martin Fortin, Lise Lapointe, Catherine Hudon, Alain Vanasse ; Multimorbidity is common to family practice Is it commonly researched? *Can Fam Physician*. 2005 February 10; 51(2): 245.
20. M. Roca, M. Gili, M. Garcia-Garcia, J. Salva, M. Vives, J. Garcia Campayo, A. Comas; Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care; *Journal of Affective Disorders* Volume 119, Issues 1-3, December 2009, Pages 52-58.
21. Hahn SR, Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 2001; 134: 897-904.
22. Lindert J, Brähler E, Wittig U, Mielck A, Priebe S.; Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview; *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2008 Mar-Apr; 58 (3-4):109-22.
23. Berardi D, Berti Ceroni G, Leggieri G, Rucci P, Ustün B, Ferrari G. Mental, physical and functional status in primary care attenders. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29(2):133-48.
24. Wells KB, Golding JM, Burnam MA: Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 976–981.

9. Danksagungen

Ich möchte allen, die mir die Arbeit an meiner Dissertation ermöglichten und erleichterten, ganz herzlich danken:

- meinen Patientinnen und Patienten der medizinischen Poliklinik, von denen ich lernte, mich klarer auszudrücken und geduldiger zu sein
- Fr. PD Dr. med. D. Keller Lang für einen stets interessanten und hilfreichen Gedankenaustausch
- meiner Frau Sibylle für ihre vielfältige Unterstützung
- meinen beiden Kinder Sophie und Jonas, die in ihrer Art mit einem Lachen stets wieder alle Blockaden lösen konnten.

10. Curriculum Vitae

Himmelberger, Stephan Josef von Herisau AR

03.09.1976	geboren in Chur GR
1983 – 1989	Primarschule Mels SG
1989 – 1996	Stiftsschule Kloster Einsiedeln, (Matura Typus A)
1996 – 1999	Universität Fribourg, Medizinische Fakultät
1999 – 2003	Universität Bern, Medizinische Fakultät
11/2003	Eidg. Examen Humanmedizin an der Universität Bern
2004-2005	Orthopädische Chirurgie, Hirslanden-Klinik Birshof, Münchenstein
2005-2006	Rehabilitation, Reha Chrischona, Bettingen
2006-2008	Innere Medizin, Spital Lachen SZ
2009-2010	Chirurgie, Spital Zimmerberg, Horgen
2010-2012	Innere Medizin, Klinik und Poliklinik Innere Medizin, Universitätsspital Zürich
09/2011	Facharzttitle, FMH für Allgemeine Innere Medizin